

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

**Promover o Autocuidado da Pessoa com Hipertensão
Arterial**

Ana Filipa Baptista Afonso

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

**Promover o Autocuidado da Pessoa com Hipertensão
Arterial**

Ana Filipa Baptista Afonso

Orientadora: Professora Cláudia Bacatum

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale, s.d.)

AGRADECIMENTOS

“Ninguém vence sozinho, nem no campo, nem na vida” (Papa Francisco, 2014). Também este trabalho só foi possível graças a muitas pessoas que estiveram ao meu lado nesta caminhada...quero por isso a agradecer:

À Sra. Professora Cláudia Bacatum pela partilha de conhecimentos, toda a orientação e disponibilidade, assim como pelas palavras de motivação.

À Enfermeira Gisela Vicente pela disponibilidade e palavras de incentivo.

A toda a equipa da USFRS, por abraçarem este projeto, pelas palavras de apoio e por estarem sempre disponíveis. É uma honra trabalhar convosco!

À Sra. Professora Cláudia Henriques pela colaboração e disponibilidade.

Ao grupo de pessoas com hipertensão arterial que participaram no projeto. Grata por toda a disponibilidade e partilha.

A todos os colegas do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Este percurso foi bem mais fácil pela vossa presença.

A todos os meus amigos pela paciência, pela amizade e palavras de encorajamento.

À minha família, nomeadamente aos meus pais Filomena e Aníbal e ao meu irmão Bruno pelo amor e apoio incondicional. Ao Abílio pela amizade, apoio diário e compreensão nas saídas que não aconteceram.

Grata por vos ter a todos na minha vida!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CE – Consulta de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INC – *International Council of Nurses*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão arterial

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences*

TA – Tensão arterial

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFRS – Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbilidade em Portugal. A hipertensão arterial é o mais importante e prevalente fator de risco das mesmas (DGS, 2014), assumindo-se por isso como um grave problema de saúde pública.

O principal fator para o não controlo da tensão arterial é a má adesão ao regime terapêutico, tornando-se imperativo o enfermeiro comunitário identificar e desenvolver estratégias de intervenção direcionadas para a promoção de saúde.

Este projeto teve como finalidade promover o autocuidado da pessoa com hipertensão arterial da Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos. No período de junho a julho de 2017, foi realizado o diagnóstico de situação numa amostra de 124 pessoas com hipertensão arterial e posteriormente efetivada a intervenção comunitária, que decorreu entre outubro de 2017 a fevereiro de 2018, num grupo de 20 pessoas.

Utilizou-se como recurso a metodologia de Planeamento em Saúde e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico de Enfermagem.

Após análise e tratamento de dados foram identificados como problemas o défice de autocuidado relacionado com a vigilância de saúde, o défice de autocuidado relacionado com o regime de exercício físico, o défice de autocuidado relacionado com o regime dietético e o défice de conhecimento relacionados com a hipertensão arterial.

De modo a promover o autocuidado do grupo optou-se pela estratégia de Educação para a Saúde através do desenvolvimento de sessões de educação para a saúde com vista à aquisição de conhecimentos que favoreçam a mudança de comportamentos.

Apesar do curto intervalo temporal, após a intervenção comunitária verificou-se melhoria dos conhecimentos relativos à hipertensão arterial, bem como do autocuidado referente ao regime dietético e exercício físico, tendo sido atingidos os objetivos propostos.

Palavras-chave: hipertensão arterial, autocuidado, enfermagem comunitária, promoção de saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of mortality and morbidity in Portugal. Arterial hypertension is their most important and prevalent risk factor (DGS, 2014), thus assuming itself as a serious public health problem.

The main factor for the non-control of blood pressure is the poor adherence to the therapeutic regimen, making imperative for community nurses to identify and develop intervention strategies aimed at health promotion.

This project aimed to promote the self-care of the person with arterial hypertension at Reynaldo dos Santos Family Health Unit. From June to July 2017, a situation diagnosis was carried out on a sample of 124 people with arterial hypertension, followed by community intervention, which took place between October 2017 and February 2018, in a group of 20 people.

The Health Planning methodology and Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory were used as a theoretical reference for Nursing.

After data analysis and treatment, the self-care deficit related to health surveillance, the self-care deficit related to the physical exercise regime, the self-care deficit related to the diet regime and the lack of knowledge related to arterial hypertension were identified as problems.

In order to promote self-care of the group, the Health Education strategy was chosen through the development of health education sessions aimed at acquiring knowledge leading to behavior change.

Despite the short time interval, after the community intervention, there was an improvement in the knowledge related to arterial hypertension, as well as self-care related to diet and exercise, and the proposed goals were achieved.

Key words: arterial hypertension, self-care, community nursing, health promotion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 Hipertensão Arterial.....	13
1.1.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial.....	14
1.1.2 Regime Terapêutico – farmacológico e não farmacológico	15
1.2 O Papel da Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde e Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com HTA.....	19
1.3 Autocuidado da Pessoa com Hipertensão Arterial – perspectiva do Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	20
2. METODOLOGIA.....	23
2.1 Diagnóstico da Situação	23
2.1.1 Contexto	23
2.1.2 População e amostra do estudo	24
2.1.3 Instrumento, técnicas e procedimento de recolha de informação.....	24
2.1.4 Considerações éticas.....	25
2.1.5 Tratamento de dados e resultados	26
2.1.6 Identificação de Problemas.....	32
2.1.7 Diagnósticos de Enfermagem.....	33
2.2 Determinação de prioridades	34
2.3 Fixação de objetivos	36
2.4 Seleção de estratégias.....	38
2.5 Preparação operacional	41
2.6 Avaliação	44
3. CONCLUSÕES.....	49
3.1. Reflexão sobre competências desenvolvidas na intervenção comunitária	49
3.2. Considerações finais.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS E APÊNDICES	58
Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados	
Anexo II – Autorização da autora que elaborou o instrumento de colheita de dados para utilização do mesmo	
Anexo III – Parecer da Exma. Srª Diretora do ACES Estuário do Tejo	

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Anexo V – Instrumento de colheita de dados para pós intervenção comunitária

Apêndice I – Revisão *Scoping : Prisma Flow*

Apêndice II – Consentimento informado

Apêndice III – Cronograma

Apêndice IV – Caracterização sociodemográfica e antecedentes pessoais da amostra – resultados obtidos

Apêndice V – Caracterização da amostra relativamente à adesão às recomendações para o tratamento da HTA – resultados obtidos

Apêndice VI – Caracterização da amostra relativamente às recomendações para o tratamento da HTA – resultados obtidos

Apêndice VII – Definição de prioridades segundo a técnica grelha de análise

Apêndice VIII – Plano Operacional

Apêndice IX – Plano de sessão de EpS – Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial

Apêndice X – Plano de sessão de EpS – Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!

Apêndice XI – Plano de sessão de EpS – Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação

Apêndice XII – Questionário de avaliação das sessões de EpS

Apêndice XIII – Plano de Sessão Informativa dirigida aos profissionais da USF

Apêndice XIV – Manual de procedimento de Consulta de Enfermagem de HTA

Apêndice XV – Material fornecido após sessões de EpS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de PA em adultos	13
Tabela 2 – Valores absolutos e percentuais da amostra relativos às respostas corretas ao nível dos conhecimentos sobre HTA.....	31
Tabela 3 – Valores absolutos e percentuais da amostra relativos às respostas corretas ao nível dos conhecimentos sobre HTA após intervenção.....	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem segundo o referencial teórico de Orem e CIPE.....	33
Quadro 2 – Definição de prioridades segundo a técnica de grelha de análise.....	34

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Pretende ser o relato das atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante o estágio que tem como finalidade desenvolver competências de intervenção de enfermagem comunitária, através da utilização de estratégias adequadas ao contexto e visando a capacitação da população-alvo. A intervenção comunitária decorreu entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, nomeadamente na Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos (USFRS).

As doenças cérebro-cardiovasculares são, em Portugal, a principal causa de mortalidade, morbilidade, sofrimento e custos económicos, sendo a hipertensão arterial (HTA) o principal fator de risco das mesmas (DGS, 2014).

Admite-se que pelo menos um quarto dos adultos e mais de metade das pessoas com mais de 60 anos têm HTA (NICE, 2011).

A crescente prevalência de HTA é atribuída ao crescimento e envelhecimento populacional (uma vez que a prevalência da HTA aumenta com a idade), bem como aos fatores de risco associados aos comportamentos, como dieta pouco saudável, uso nocivo do álcool, falta de atividade física, excesso de peso e tabagismo.

Apesar da elevada prevalência da doença, considera-se que esta tendência é passível de ser invertida através de esforços conjuntos, individuais, comunitários e governamentais, tal como se pode verificar no *Global Action Plan: for the prevention and controlo of noncommunicable disease 2013-2020* (WHO, 2013).

Porém, verificam-se concomitantemente níveis de conhecimento e controlo da doença bastante aquém dos ideais (DGS, 2014). Caso não sejam tomadas medidas apropriadas e em tempo hábil, prevê-se que as mortes e complicações devidas a doenças cardiovasculares aumentem ainda mais, tendo um impacto social e económico significativo.

A fim de uma melhor saúde da população, referente a esta patologia, considera-se primordial a deteção precoce e níveis de conhecimento, tratamento e controlo adequados (DGS, 2014). Tornando-se por isso fulcral a intervenção do enfermeiro,

nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), centrando os cuidados na educação das pessoas com HTA.

A finalidade deste projeto foi contribuir para a promoção do autocuidado da pessoa com HTA, inscrita na USFRS tendo sido desenvolvido de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde de Tavares (1990) e com recurso à Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Após o diagnóstico de HTA as pessoas apresentam desvios de saúde e é da competência do enfermeiro verificar a existência ou não de défice de autocuidado e qual o sistema de autocuidado em que a pessoa se encontra (OREM, 2001).

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de identificar, examinar e mapear a literatura existente sobre o autocuidado da pessoa com hipertensão, através da mnemónica PCC, sendo o P de população referente a adultos, o C de conceito referente a adesão e hipertensão arterial e o C de contexto relativo a qualquer contexto.

A pesquisa foi efetuada através da plataforma EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE *with Full Text* e CINAHL *with Full Text*. Os filtros foram texto integral, *abstract* disponível e como limite temporal de 2012 até 2017. As palavras-chave utilizadas foram *hypertension AND patient compliance*, tendo resultado 160 artigos após remoção de um texto duplicado. Depois da leitura de títulos e resumos restaram 38 artigos, 27 dos quais estavam completos e elegíveis para este estudo. Excluíram-se 17 artigos após leitura dos textos na íntegra, tendo sido incluídos os restantes 10 neste projeto (apêndice I).

Este documento encontra-se dividido em três partes. Na primeira, encontra-se o enquadramento teórico que sustenta o estudo; na segunda, todas as etapas da intervenção comunitária; e, finalmente, na terceira, as conclusões da intervenção realizada, reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária e as considerações finais.

Para redação deste relatório obedece-se ao guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2017) e para citações e referências bibliográficas à Norma APA, apresentada também no mesmo guia.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Hipertensão Arterial

Pressão arterial (PA) é “a pressão exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos sanguíneos [artérias]” (Phipps, Sands e Marek, 2003, p.849) cada vez que o coração bombeia o sangue por pulsação. Com a contração do coração (sístole), o sangue é bombeado através da artéria aorta. A pressão máxima atingida nesta fase é chamada pressão sistólica. Seguidamente, com o relaxamento do coração, dá-se a descida da pressão dentro das artérias, a pressão mais baixa atingida é denominada de pressão diastólica.

A HTA, também conhecida como PA alta é uma condição em que a pressão nas artérias está persistentemente elevada. Esta elevada pressão nos primeiros anos não provoca sinais ou sintomatologia de doença, no entanto, com o passar dos anos torna os vasos mais frágeis, lesando-os, ficando a pessoa mais propensa a aneurismas, acidente vasculares cerebrais (AVC), cardiopatias isquémicas, insuficiências cardíacas e renais (WHO, 2013).

Define-se HTA como uma elevação persistente da PA sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou da PA diastólica maior ou igual a 90mmHg (DGS, 2011). Pode ser classificada em três graus: grau 1, grau 2 e grau 3, conforme se verifica na tabela seguinte. Esta classificação é válida para pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que não tomem medicação anti hipertensora, nem estejam grávidas.

Categoria	PA Sistólica (mmHg)		PA Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal-Alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão arterial			
Grau 1	140-159	e/ou	90-99
Grau 2	160-179		100-109
Grau 3	≥180		≥110
Hipertensão Sistólica isolada	≥140	e	<90

Tabela 1 - Classificação da PA em adultos. Fonte: DGS (2011)

A HTA primária, essencial ou idiopática não apresenta causa específica, sendo cerca de 95% dos casos diagnosticados. Como causas da HTA secundária evidenciam-se as doenças renais, endócrinas e iatrogénicas, como por exemplo a toma da pílula.

Sabe-se hoje que a HTA é resultado de uma combinação de fatores genéticos, ambientais e estilos de vida. Diversos estudos e *guidelines* apontam como fatores nos estilos de vida o consumo excessivo de sal, excesso de peso corporal, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e tabagismo. Estes são determinantes de saúde não só para a HTA como para outras doenças crónicas não transmissíveis, sendo por isso premente, para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, uma emergente mudança de comportamentos.

1.1.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial

Atualmente, a HTA é o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o Mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública pelas consequências que acarreta ao nível da morbilidade, mortalidade e custos associados.

Segundo a DGS (2014, p.10) “em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos”. Estas são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, cerca de um terço do total (WHO, 2013).

A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o Mundo (WHO, 2013), sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras e 92 milhões de dias de vida perdidos. Também, a nível mundial, aproximadamente metade dos AVC e Enfartes Agudos do Miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

Pela importância deste problema de saúde, e de modo a ter-se um conhecimento certo da realidade nacional, a DGS, através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, promoveu uma análise dos registos informáticos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), referentes ao ano 2013. Os critérios de inclusão foram todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos e que no referido ano tinha sido avaliada e registada a PA pelo médico de família, pelo menos duas vezes (DGS, 2016).

Neste estudo verificou-se uma prevalência de 26,9% de pessoas com HTA na população analisada, sendo que 35,6% revelaram ter controlo da HTA. Dos 26,9%, 23,9% eram do sexo masculino e 29,5% do sexo feminino. Dos 35,6% das pessoas com controlo da HTA, 33,1% eram do sexo masculino e 37,4% do sexo feminino.

Desde 2010, 2016 foi o ano em que se registou maior venda de medicamentos anti hipertensores no Sistema Nacional de Saúde em Portugal Continental, atingido o valor de 28 156 584 número de embalagens vendidas (DGS, 2017).

A HTA é uma doença crónica e é considerada pela Organização Mundial de Saúde (2013) como um “assassino” invisível e silencioso, uma vez que, inicialmente, raramente causa sintomatologia, mas, como supramencionado, traz graves repercussões. Sabe-se que o risco do aumento da PA é contínuo; por cada aumento de 2mmHg na PA sistólica há um risco acrescido de 7% de mortalidade por cardiopatia isquémica e 10% de mortalidade por acidente vascular cerebral (NICE, 2011).

No entanto, esta patologia pode ser prevenida levando a menos custos e melhor qualidade de vida para a população; “por isto mesmo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras instituições, tem lançado alertas e promovido múltiplas iniciativas no sentido de sensibilizar a opinião pública e as diferentes entidades envolvidas neste domínio” (DGS, 2016, p.49).

1.1.2 Regime Terapêutico – farmacológico e não farmacológico

O Programa Nacional de Prevenção de Doenças Cardiovasculares tem como um dos objetivos intermédios “aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados” (DGS, 2006, p.13) e uma das estratégias de intervenção é “melhorar o diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial” (DGS, 2006, p.15)

O tratamento da HTA, a curto prazo, tem como objetivo o controlo dos valores tensionais, de forma a evitar a progressão da doença e respetivas repercussões, a médio prazo, e a redução da morbilidade e mortalidade por causa cardiovascular, a longo prazo (DGS, 2006). Este pode ser farmacológico e/ou não farmacológico. Farmacológico quando a HTA é controlada com base em medicação e não farmacológico quando é controlada através de medidas comportamentais da pessoa.

Sabe-se, porém, que metade das pessoas com HTA têm controlo inadequado (Crowley, Grubber, Olsen e Bosworth, 2012). A adesão ao regime terapêutico é fator essencial para o controlo das doenças crónicas, pelo que tem sido alvo de crescente investimento e investigação.

Considera-se adesão a

acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (CIPE, 2011, p.38).

No caso da HTA, avaliar a adesão ao regime terapêutico não é fácil, uma vez que envolve vários comportamentos relacionados com a saúde. A pessoa com HTA pode ter diferentes formas de aderir ou não ao regime terapêutico: não tomar a medicação, não aderir à prática de atividade física, ao regime dietético, à redução de ingestão de álcool ou à cessação tabágica. E em cada um destes comportamentos pode ainda atuar de diferentes maneiras: pode reduzir o consumo de sal, mas não ingerir alimentos com baixo teor de gordura; pode tomar a medicação, mas não cumprir as doses prescritas, entre outras coisas.

Estudos evidenciam algumas causas para a não adesão ao regime terapêutico como esquecimento da pessoa, falta de apoio familiar no caso da pessoa idosa que dependem de outrem, falta de informação sobre a importância de manutenção do tratamento para o resto da vida (Nascimento, Alves, Almeida e Oliveira, 2013), crença que a medicação não melhora o controlo de PA, questões financeiras (Nwabuo, Dy, Weeks e Youg, 2014; Delgado, Villarraso e Garcia, 2014), *stress*, pouco conhecimento relacionado com a saúde (Kim e Kong, 2015).

Contudo, para uma pessoa aderir ao regime terapêutico e poder cumprir o supramencionado, é necessário que tenha informação sobre o que mudar, porque mudar e como fazer para mudar.

Neste contexto, existem medidas não farmacológicas a adotar para uma melhor gestão do regime terapêutico, nomeadamente:

Consumo de sal

Em Portugal assiste-se a um consumo sal excessivo. Considera-se que num adulto, a quantidade de sal ingerida por dia deverá ser de 5g, mas na realidade o consumo médio estimado é de 10,7g (Polonia *et al*, 2014). Aconselha-se a eliminação ou redução de sal quer na confeção dos alimentos, quer à mesa como condimento adicional, bem como na não ingestão de alimentos ricos em sal.

Uma das medidas legislativas para fazer frente a este problema de saúde pública foi a lei n.º 75/2009 de 12 de agosto que estabelece limites máximos ao teor de sal no pão (1,4g por 100g de pão).

Alterações dietéticas

O regime alimentar para a pessoa com HTA não é distinto da população em geral, sendo que nesta situação de doença específica recomenda-se a ingestão de alimentos com baixo teor de gordura – nomeadamente saturada, dieta rica em frutas, hortaliças, fibras e minerais (Reis, 2014).

Redução do peso corporal

O peso corporal tem uma relação direta com a HTA. Para a pessoa com HTA aconselha-se a um Índice de Massa Corporal (IMC) na ordem dos 25 e um perímetro abdominal menor que 102cm no homem e 88cm na mulher. Estima-se que uma redução de 5kg no peso corporal esteja associada a uma diminuição de 4,4mmHg na PA média sistólica e 3,6mmHg na PA média diastólica (Reis, 2014).

Consumo de álcool

O consumo em excesso de álcool está associado à HTA. Para a pessoa hipertensa é recomendado a ingestão de 20 a 30g/dia (equivalente a dois copos de vinho de mesa) no caso dos homens e 10 a 20g/dia (equivalente a um copo de vinho de mesa) no caso das mulheres (Reis, 2014).

Um estudo realizado por Rittmueller, Frey, Williams, Sun, Bryson e Bradley (2015) em que se analisaram como os comportamentos de autocuidado relativos à doença cardiovascular diferem consoante o consumo de álcool, descreve que o

consumo de álcool é inversamente proporcional à adesão de comportamento de autocuidado na pessoa com HTA como a redução de sal, cessação tabágica, controle de peso.

Atividade física regular

A atividade física é

entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta num aumento do dispêndio energético relativamente à taxa metabólica de repouso, quando realizada diariamente a uma intensidade moderada a vigorosa e associada a uma diminuição do tempo dedicado a actividades sedentárias, é atribuída uma enorme importância na promoção de um estilo de vida saudável (Seabra, 2017, p.10).

A prática de atividade física regular, 5 a 7 vezes por semana, com duração de pelo menos 30 minutos, pode reduzir a PA em aproximadamente 10 a 15mmHg.

Devem ser opções de atividade física a marcha, corrida, natação, dança excluindo exercícios que impliquem esforços como levantar pesos, pois podem por vezes aumentar excessivamente a PA (Reis, 2014).

Hábitos tabágicos

Fumar potencia os efeitos nefastos nas paredes das artérias acelerando a arteriosclerose. Admite-se que deixar de fumar é provavelmente a medida isolada que mais benefício traz à pessoa (Reis, 2014). No entanto, esta alteração de comportamento pode necessitar de ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar e com coadjuvantes de fármacos que reduzam a dependência da nicotina.

Desde 2003 que as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia relativamente ao tratamento não farmacológico são as mesmas, sendo por isso bem conhecidas. Contudo,

apesar de a sua utilidade, de um modo geral, são pouco seguidas, porque é mais fácil para o médico prescrever e para o doente tomar um, ou mais comprimidos, do que ensinar e motivar para que se alterem hábitos e comportamentos (Reis, 2014, p.12).

1.2 O Papel da Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde e Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com HTA

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE),

enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-lei n.º 161/96, p. 2960).

O Regulamento de Competências Específicas do EEECS (Regulamento nº128/2011, 2011, p.8667) refere que este profissional “fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes”, menciona ainda como competências específicas: estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Através da evidência científica verifica-se que o sucesso de uma efetiva prevenção cardiovascular é determinado, em parte, pelas atitudes dos profissionais de saúde (DGS, 2006).

A Enfermagem, enquanto profissão, tem tido um papel preponderante nos cuidados à doença crónica, designadamente “facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação dos cuidados (ICN, 2007); apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa” (ICN, 2010, p.41).

A Carta de *Ottawa* (1986) foi, ao longo dos tempos, um marco importante ao nível da promoção de saúde. Segundo a mesma, a “promoção de saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. No centro deste processo encontra-se o *empowerment* dos indivíduos e comunidades de modo a assumirem o

controle e responsabilização pela sua saúde. Pode dizer-se que uma das dimensões deste conceito é a educação; a educação e a informação são essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente (WHO, 1997).

No que se refere à HTA a maior consciencialização, controle e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde.

Tais premissas colocam o EEECSF como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde. Torna-se por isso perentório que as intervenções do enfermeiro sejam estruturadas numa lógica de parceria com o indivíduo.

De modo a intervir-se consistentemente é imperativo a utilização de referenciais teóricos de modo a suportar a nossa prática.

1.3 Autocuidado da Pessoa com Hipertensão Arterial – perspetiva da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

O desenvolvimento de teorias de enfermagem tem sido de extrema relevância para o progresso da Enfermagem enquanto disciplina.

Dorothea Orem desenvolveu a sua teoria, publicada em 1971, tendo como base o conceito do autocuidado.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2011, p.38) o termo autocuidado refere-se à “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diárias” Para Orem (2001, p.43) “autocuidado é a prática de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Tendo como base esta definição, no caso da pessoa com HTA, o autocuidado refere-se à adesão da pessoa ao regime terapêutico proposto, de modo a prevenir complicações.

Na Teoria do Déficit de Autocuidado, o ser humano tem capacidade para aprender e desenvolver-se. A forma como cada indivíduo cumpre as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas sim aprendida. Esta aprendizagem tem alguns

condicionantes como a idade, a capacidade mental, a cultura, a sociedade, o estado emocional e o estado de doença. E caso o indivíduo seja incapaz de aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender e provê-las.

É composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Considerando a Teoria do Autocuidado, Orem elenca três categorias de requisitos de autocuidado: o universal, de desenvolvimento e desvio de saúde.

Os requisitos universais são aqueles que são comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios da vida e estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano.

Os requisitos de desenvolvimento estão relacionados com as diferentes etapas do ciclo de vida e com as adaptações necessárias às mesmas.

Os requisitos no desvio de saúde estão relacionados com condições de doença ou de lesão e necessidade de adaptação à mesma. Pode incluir-se neste requisito a pessoa com diagnóstico de HTA, uma vez que após o seu diagnóstico terá necessidade de se adaptar a um regime terapêutico (farmacológico e/ou não farmacológico).

A Teoria do Déficit de Autocuidado esclarece quando há necessidade da intervenção da enfermagem, isto é, quando o indivíduo não é capaz ou apresenta limitações no mantimento do autocuidado efetivo e continuado, sendo o enfermeiro o provedor dos mesmos.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem sempre que haja um déficit de autocuidado, isto é, uma diferença entre aquilo que o indivíduo é capaz de fazer (ação de autocuidado) e o que necessita ser feito (exigência de autocuidado) é necessária a intervenção de enfermagem. Assim, Orem identificou três sistemas de enfermagem a fim de dar resposta aos requisitos de autocuidado:

- a) O sistema totalmente compensatório, em que o indivíduo é incapaz de prover as ações de autocuidado sendo totalmente dependente para satisfazer as mesmas;
- b) O sistema de enfermagem parcialmente compensatório quando ambos (enfermeira e indivíduo) participam na ação de autocuidado;

c) E, por último, o sistema de apoio-educação, o indivíduo pode e deve desempenhar as medidas para o autocuidado terapêutico, mas necessita de apoio e informação para o fazer. Neste sistema as “exigências de ajuda do paciente estão confinadas à tomada de decisão, ao controle do comportamento e à aquisição de conhecimentos e habilidades” (Orem, 2001, p.354), sendo o papel do enfermeiro o de promover a pessoa como agente de autocuidado.

A teórica identifica também cinco métodos de ajuda que o enfermeiro deve seguir de modo a ajudar o indivíduo, podendo usar apenas um ou todos: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Tendo como base este referencial teórico, cabe ao enfermeiro o papel de promover a pessoa como agente do seu próprio autocuidado, mas para tal, e uma vez que este processo dinâmico depende da percepção da pessoa sobre a sua situação clínica, cabe também a este profissional educar sobre as necessárias mudanças comportamentais bem como apoiar nas mesmas.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste projeto foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde. Planear, em saúde, “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) em várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29). Assim sendo, o planeamento em saúde contempla as seguintes etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990).

2.1 Diagnóstico da Situação

É a primeira etapa no processo de Planeamento em Saúde e na qual se identificam os problemas e determinam as necessidades. De acordo com Tavares (1990), um projeto é justificável na medida em que satisfaça uma das necessidades identificadas nesta etapa.

2.1.1 Contexto

O projeto foi desenvolvido na USFRS que pertence ao ACES Estuário do Tejo.

O ACES Estuário do Tejo abrange uma área geográfica de 1482,68 km², correspondente aos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, que é a área de influência. Segundo os Censos 2011, esta área contava com uma população residente de 244,377 pessoas.

Localizada na Póvoa de Santa Iria e com data de abertura a 1 de março de 2017, a USFRS é uma unidade recente que conta com sensivelmente 15 000 utentes inscritos.

Do total dos inscritos 823 pessoas (com idade igual ou superior a 18 anos) têm diagnóstico médico de HTA. Estas pessoas encontram-se distribuídas pelas listas dos sete médicos que fazem parte da Unidade de Saúde Familiar (USF).

2.1.2 População e amostra do estudo

Segundo Fortin (2009, p.69)

a população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, a que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar, a amostra é um subgrupo da população acessível sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 2009).

Definiu-se como população todas as pessoas com HTA inscritas na USFRS com idade igual ou superior a 18 anos, um total de 823 pessoas.

Pelo limite temporal a que o projeto está sujeito, e uma vez que a unidade de saúde não possui uma consulta de HTA, o método de amostragem utilizado foi a amostragem acidental ou de conveniência. Segundo Fortin (2009, p.321) esta, “consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento”.

Como tal, a população acessível foi constituída pelas pessoas com HTA que realizaram consulta de vigilância com o médico de família ou se dirigiram à sala de enfermagem da unidade entre 8 de junho de 2017 e 7 de julho de 2017 e a amostra constituída por aquelas, que dentro da população acessível, aceitaram fazer parte do projeto e cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Pessoas com diagnóstico médico de HTA (codificados com os códigos K86 ou K87 do ICPC-2 no sistema informático MedicineOne);
- Pessoas hipertensas inscritas na USFRS;
- Pessoas que aceitassem participar no estudo.

2.1.3 Instrumento, técnicas e procedimento de recolha de informação

Foi selecionado como instrumento de colheita de dados um formulário intitulado “A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos” criado pela Dra. Inês Maria da Cruz Souza, no âmbito da sua tese de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto. Este formulário encontra-se

dividido em quatro partes: dados sociodemográficos e antecedentes pessoais; adesão às recomendações do tratamento da HTA e razões da não adesão; recomendações para o tratamento da HTA e por último os conhecimentos sobre a mesma (anexo I). O instrumento foi aplicado a 108 pessoas com HTA do Centro de Saúde de Leça da Palmeira.

As pessoas que recorreram à USFRS com os critérios de inclusão acima mencionados, após consulta de vigilância com o médico de família ou após cuidados de enfermagem (sala de tratamento), foram convidados pelo respetivo profissional de saúde a participar no projeto. As que aceitaram foram encaminhadas para a mestranda que explicou o objetivo do mesmo, bem como foi garantida a confidencialidade dos dados, o seu anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer momento.

Após a aceitação, procedeu-se à aplicação do formulário que foi preenchido indireto pela mestranda.

Os formulários foram codificados e posteriormente os dados tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS).

2.1.4 Considerações éticas

Uma vez que este projeto envolve pessoas é necessário ter em atenção as considerações éticas e morais inerentes aos mesmos. Assim, foram tidas em conta as seguintes considerações éticas:

- Para o preenchimento dos formulários informaram-se as pessoas sobre a finalidade e os objetivos do mesmo.
- Foi pedido e assinado o consentimento informado garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informaram-se os participantes da possibilidade de recusar ou interromper a qualquer momento (apêndice II).
- Para uso do instrumento de colheita de dados foi pedida autorização à autora, que a concedeu (anexo II).
- Foi pedida autorização para realização deste projeto à Direção do Conselho Executivo do ACES Estuário do Tejo que concedeu (anexo III).

- Foram pedidas autorizações à Comissão Nacional de Proteção de Dados e Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (anexo IV) que deram parecer favorável à realização do projeto.

2.1.5 Tratamento de dados e resultados

Para tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* aplicativo SPSS versão 24. Os dados obtidos são apresentados em gráficos e tabelas, que se encontram em apêndices (apêndices IV, V e VI), de forma a facilitar a compreensão dos mesmos. De seguida, divulga-se os resultados mais significativos para este trabalho.

Caracterização sociodemográfica e antecedentes pessoais da amostra

A amostra foi constituída por 124 pessoas com HTA, das quais 78 (62,9%) são do sexo feminino e 46 (37,1%) do sexo masculino. A idade média é de 65 anos, havendo idades compreendidas entre os 31 e 90 anos.

Relativamente às habilitações literárias (anos de estudo completos) verifica-se uma média de 6 anos de escolaridade, havendo, na amostra, pessoas que nunca frequentaram a escola e não sabem ler nem escrever e pessoas licenciadas, sendo a Moda os 4 anos completos de escolaridade. Os dados refletem que 40 participantes (32,3%) são trabalhadores ativos, 6 (4,8%) estão desempregados e 78 (62,9%) estão reformados (as) / inválidos (as).

Os grupos profissionais com maior representatividade na amostra são os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores 21 (16,9%), seguidos dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies 20 (16,1%) e dos trabalhadores não qualificados 19 (15,3%). Os grupos menos representados são os representantes do poder legislativo e órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos 2 (1,6%).

Quanto ao agregado familiar, a maioria, 65 pessoas (52,4%) vive com o conjugue/companheiro(a), dos restantes, 34 (27,4%) vivem com família restrita (mãe, pai, filhos), 17 (13,7%) vivem sós, 6 (1,6%) vivem com família alargada e 2 (1,6%) vivem num lar.

Dos participantes, há quem tenha conhecimento do diagnóstico de HTA desde há 2 meses como há 49 anos, sendo a média de 13 anos e a Moda 10 anos. A maioria, 74 (59,7%) têm/tinham pais ou irmãos também com esta patologia crónica (HTA); dos restantes, 40 (32,3%) não sabem e 10 (8,1%) não têm/tinham.

Verifica-se que 54 (43,5%) das pessoas inquiridas têm um convivente com HTA, sendo em 52 casos (96,3%) o companheiro(a), 1 caso (1,9%) a mãe e no outro, a filha.

A maioria dos participantes, 120 (97%) referem ter diagnóstico de uma outra doença crónica para o qual necessitam de medicação ou alteração do seu estilo de vida, sendo a mais prevalente a hipercolesterolemia com 42 pessoas (35%), seguida da diabetes mellitus com 38 (31,7%), patologia cardíaca com 16 (13,3%), ansiedade com 6 indivíduos (5%), depressão com 5 casos (4,2%), artrite reumatóide, hipotireoidismo com 3 casos cada (2,5% cada), 2 casos cada (1,7%) de fibromialgia e cefaleias e 1 caso cada (0,8%) de policitemia vera, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência venosa.

Verifica-se que 59 dos participantes (47,6%) não foram a nenhuma consulta médica, nem de enfermagem relativa à HTA no último ano, 28 (22,6%) foram a uma, 31 (25%) foram a duas, 4 (3,2%) foram a 3, 1 caso foi a 4 e a 5 respetivamente.

Relativamente ao local onde avaliam a TA, a maioria, 69 (55,6%) fá-lo em casa, seguidamente, 19 (15,3%) vem a opção casa e centro de saúde.

Avaliação da adesão às recomendações para o tratamento da HTA

A parte II do formulário aborda a adesão às recomendações para o tratamento da HTA, bem como o(s) motivo(s) da não adesão no que se refere à alimentação, exercício físico, consumo de álcool, hábitos tabágicos e medicação. As questões reportam-se aos comportamentos nos últimos sete dias, de modo a não colocar em causa a precisão das respostas por dificuldade em recordar acontecimentos passados (Sousa, 2005).

Alimentação

Dos 124 participantes, 56 (45,2%) referiram fazer sempre uma dieta com pouco sal, 36 (29%) referem fazê-lo habitualmente e 32 pessoas (25,8%) às vezes ou raramente. A maioria, 105 (84,7%), diz não acrescentar sal de mesa à comida cozinhada. Quanto à ingestão de azeitonas, peixes salgados, fumados, presuntos, paio, enchidos, bolachas e/ou aperitivos salgados 99 dos participantes (79,9%) referem raramente ou nunca comerem, 86 (69,4%) mencionam não ingerir comida rápida pré-cozinhada; 71 participantes (57,3%) referem seguir uma dieta pobre em gorduras habitualmente e 4 (3,2%) sempre; 67 participantes (54%) indicam comer 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais por dia, seguidamente de 38 (30,6%) que referem fazê-lo habitualmente.

Como motivos para que, de algum modo, os participantes não cumpram a alimentação recomendada, 62 pessoas (29,5%) dizem que comer lhe dá prazer, 19 (9%) mencionam que acham que alterar a dieta não vai melhorar a saúde, 24 (11,4%) referem que tal acontece quando fazem refeições fora de casa, 31 (14,8%) consideram que a comida com pouco sal não fica apetitosa, 29 (13,8%) contam não ser responsáveis pela confeção dos alimentos, 3 (1,4%) confidenciam que a dieta recomendada é cara, 28 dos participantes (13,3%) consideram difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar e 14 (6,7%) mencionam cozinhar para muitas pessoas e não querer fazer comidas diferentes.

Exercício Físico

Relativamente à prática de exercício físico dos 124 participantes, 40 (32,3%) referem nunca praticarem, 24 (19,4%) mencionam fazê-lo raramente, 15 (12,1%) às vezes, 19 (15,3%) habitualmente e apenas 26 (21%) dizem fazer sempre.

Os motivos apresentados dos 79 participantes da amostra que praticam menos de 5 – 6 vezes por semana são: 17 (14,7%) não gostam de praticar exercício, 26 (22,4%) têm algum problema de saúde que os impede de o fazer, 31 (26,7%) não têm companhia e não têm motivação, 10 (8,6%) acham que fazer exercício não vai melhorar a sua saúde e 32 (27,6%) sentem-se cansados.

Consumo de álcool

Relativamente ao consumo de álcool, dos 124 participantes, 102 (82,3%) referem nunca beberem mais que um copo de vinho ou cerveja por refeição, 3 (2,4%) dizem que o fazem sempre, 8 (6,5%) mencionam fazê-lo habitualmente e 9 (7,3%) às vezes. Da amostra estudada, 111 pessoas (89,5%) referem nunca ingerir bebidas alcoólicas fora das principais refeições, 2 (1,6%) mencionam fazê-lo sempre, 1 pessoa (0,8%) habitualmente e 5 (4%) às vezes; 99 (79,8%) dizem nunca beberem mais que um copo de vinho ou uma cerveja por dia, 5 (4%) referem fazê-lo sempre, 6 (4,8%) habitualmente e 9 (7,3%) às vezes.

Dos participantes que ingerem mais que um copo de vinho ou cerveja por dia, 17 (42,5%) referem que gostam de beber, 4 (10%) acham que beber menos quantidade não vai melhorar a sua saúde, 1 (2,5%) sente necessidade de beber bebidas alcoólicas e 18 (45%) referem que ingerir bebidas alcoólicas faz parte do convívio com os amigos.

Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, dos 124 participantes, 81 (65,3%) referem não fumar e nunca terem fumado regularmente, 28 (22,6%) mencionam já ter fumado, mas ter deixado de fumar, 2 (1,6%) dizem fumar mas não diariamente, 6 pessoas (4,8%) são fumadores regulares (fumam menos de 11 cigarros por dia) e 7 (5,6%) mencionam fumar regularmente 11 ou mais cigarros. O número médio de cigarros por dia das pessoas que fumam é de 12,3 sendo o valor mínimo 2 e o máximo 30, a Moda é 20.

Como causas de fumar, verifica-se em 7 participantes (29,2%) o gosto de fumar, em 12 (50%) o facto de ser difícil deixar de fumar e 5 (20,8%) mencionam que fumar faz parte do convívio com os amigos.

Medicação

Todos os participantes da amostra tomam medicação anti hipertensora em média há 13 anos, com um mínimo de 2 meses e um máximo de 49 anos, sendo a Moda de 10 anos. Apenas 86 participantes (69,4%) sabem o nome da medicação que fazem sendo o losartan e lisinopril os mais comuns. Dos 124 participantes 103

(83,1%) tomam a medicação conforme prescrição médica, 16 (12,9%) fazem-no habitualmente, 3 (2,4%) referem fazê-lo às vezes, 1 (0,8%) fá-lo raramente e igualmente 1 nunca o faz. Dos 21 participantes que não tomam medicação conforme prescrição médica, 17 (60,7%) referem que se esquecem, 5 (17,9%) dizem pensar não ser necessário tomar todas as vezes, 1 (3,6%) diz não gostar de tomar comprimidos, 1 (3,6%) menciona que a medicação não está a dar bons resultados, 3 (10,7%) confidenciam que os medicamentos são muito caros e 1 (3,6%) refere serem muitos medicamentos a tomar.

Quanto à dificuldade que os participantes sentem em seguir o tratamento, 76 (40,2%) referem ter dificuldade ao nível da alimentação, igualmente 76 ao nível do exercício físico, 7 (3,7%) ao nível da medicação, 13 (6,9%) ao nível da diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e 17 (9%) ao nível da cessação tabágica.

Recomendações para o tratamento da HTA

Na parte III do formulário procura-se saber as recomendações feitas por parte dos profissionais de saúde ao nível da alimentação, exercício físico, medicação, diminuição das bebidas alcoólicas e cessação tabágica.

Da amostra, 111 participantes (89,5%) referem algum profissional de saúde ter recomendado uma dieta com pouco sal, 108 (87,1%) uma dieta pobre em gorduras, também 108 mencionam algum profissional ter recomendado comer grutas e vegetais, 107 (86,3%) referem que algum profissional de saúde recomendou a prática de exercício físico regularmente, 29 (23,4%) a recomendação de diminuir a ingestão de álcool, sendo que em 80 (64,5%) esta recomendação não era aplicável e 31 dos participantes (25%) referem que recomendaram deixar de fumar, sendo que em 81 pessoas (65,3%) essa recomendação não era aplicável.

Conhecimentos sobre HTA

Na parte IV do formulário avalia-se os conhecimentos dos participantes relativos à HTA. Na tabela seguinte apresentam-se os valores absolutos e percentagem de casos das respostas corretas face às perguntas do formulário.

	n	Percentagem
Na maioria dos doentes, a causa da HTA é conhecida?	66	53,2%
A HTA é uma doença para toda a vida?	109	87,9%
Pode-se ter a tensão alta sem ter queixas?	68	54,8%
Só se pode saber se a tensão está alta medindo-a?	72	58,1%
O excesso de peso faz subir a tensão?	94	75,8%
O sal faz subir a tensão?	121	97,6%
O álcool faz subir a tensão?	102	82,3%
Se os pais tiverem tensão alta há mais probabilidade de os filhos terem?	89	71,8%
As pessoas com tensão alta devem fazer exercício regularmente?	115	92,7%
Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	119	96,0%
Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	115	92,7%
Faz parte do tratamento da HTA, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	106	85,5%
As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar?	119	96,0%
Os medicamentos são o único tratamento para a HTA?	73	58,9%
Os medicamentos para a HTA devem ser tomados diariamente?	114	91,9%
Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender o tratamento?	93	75,0%
Tomar os medicamentos para a HTA melhora a esperança de vida?	90	72,6%
A HTA pode provocar ataque cardíaco?	121	97,6%
A HTA pode provocar trombose?	113	91,1%
A HTA pode provocar cegueira?	47	37,9%
A HTA pode provocar doenças nos rins?	64	51,6%

Tabela 2 – Valores absolutos e percentuais da amostra relativos às respostas corretas ao nível dos conhecimentos sobre HTA.

Relativamente à última questão se os participantes sentem que alguém os ajuda no tratamento que fazem para a HTA, 65 (52,4%) dizem que sim e os restantes que não. Destes, 42 (64,6%) considera que é o médico que o ajuda.

2.1.6 Identificação de Problemas

Segundo Tavares (1990, p.51) “um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”. Perante a análise dos dados obtidos verificam-se alguns problemas:

- 59 pessoas com HTA (47,6%) não foram no último ano a nenhuma consulta de vigilância;
- ao nível da alimentação 32 pessoas (25,8%) às vezes ou raramente, nas últimas 4 semanas, fizeram dieta com pouco sal;
- ao nível do exercício físico 40 pessoas (32,3%), nas últimas 4 semanas, nunca praticaram exercício físico. Também os participantes reconhecem que é na alimentação e exercício físico que sentem uma maior dificuldade em cumprir o tratamento recomendado;
- ao nível dos conhecimentos verificam-se parâmetros com percentagens reduzidas de respostas corretas.

2.1.7 Diagnósticos de Enfermagem

Tendo como base os problemas identificados e a Teoria de Dorothea Orem (2001) foram elaborados diagnósticos de enfermagem de acordo com os défices de autocuidado encontrados. Posteriormente, estabeleceu-se a correspondência com a CIPE, como se pode verificar no seguinte quadro:

Diagnósticos de Enfermagem segundo o referencial teórico de Dorothea Orem	Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPE
Défice de autocuidado relacionado com a vigilância de saúde	Vigilância de saúde comprometida
Défice de autocuidado relacionado com o regime de exercício físico	Regime de exercício físico comprometido
Défice de autocuidado relacionado com o regime dietético	Regime dietético comprometido
Défice de conhecimentos relacionados com a HTA	Conhecimento sobre a HTA diminuído

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem segundo o referencial teórico de Orem e CIPE

Nos diagnósticos de enfermagem supramencionados, verifica-se a existência de desvios em saúde relacionados com a situação de doença. Segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado, o enfermeiro deve intervir ao nível da capacitação da pessoa, sendo agente transmissor de informação e de apoio, de modo a capacitá-la e responsabilizá-la para o autocuidado. Otimizando, deste modo, a sua saúde e qualidade de vida.

2.2 Determinação de prioridades

Esta é a segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde. Segundo Tavares (1990, p.83) trata-se

de um processo de tomada de decisão. Visando o planeamento a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema (s) de deve (m) tentar solucionar em primeiro lugar.

Para a determinação de prioridades são necessárias outras duas etapas fundamentais, a definição dos critérios de decisão e estimar e comparar os problemas. Conforme a técnica utilizada assim podem diferir os critérios.

A técnica escolhida para determinação de prioridades foi a grelha de análise que parte dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. A estes critérios atribui-se a classificação mais (+) ou menos (-) e no final obtém-se o resultado a partir dessas classificações (apêndice VII). O valor 1 corresponde à prioridade máxima.

Problema Critério	Vigilância de saúde comprometida	Regime de exercício físico comprometido	Regime dietético comprometido	Conhecimentos sobre a HTA diminuído
Importância do problema	+	+	+	+
Relação entre o problema e o fator de risco	+	+	+	+
Capacidade técnica de resolver	+	-	-	+
Exequibilidade	-	-	-	-
Resultado	2	4	4	2

Quadro 2 – Definição de prioridades segundo a técnica grelha de análise

Relativamente ao problema vigilância de saúde comprometida classificou-se como + na importância do problema, pois de acordo com a DGS no Plano Nacional de Prevenção de Doenças Cardiovasculares (2006) se há uma melhor vigilância haverá com certeza um melhor diagnóstico e controlo da doença. Igualmente + na relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco dado que se esta prática se mantiver regular será mais fácil o controlo da doença através do cumprimento do regime terapêutico e reduzindo o(s) fator(es) de risco. Considerou-se ser possível a intervenção de enfermagem de modo a promover uma adequada vigilância de saúde, daí a classificação de + na capacidade técnica de resolver o problema. No entanto, tendo em consideração o limite temporal torna-se inexequível obter resultados imediatos e visíveis; situação transversal a todos os problemas, sendo por isso todos eles classificados como – na exequibilidade. No final, este problema, obteve a classificação de 2.

Quanto aos problemas dois e três, regime de exercício físico e regime dietético comprometido, ambos foram classificados da mesma maneira pelo facto de serem mudanças comportamentais. Classificaram-se como + na importância do problema, uma vez que ao seguir-se o regime terapêutico não farmacológico favorece o controlo da HTA. Na relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco classificaram-se de + uma vez que se estes comportamentos fossem adequados para além do controlo de HTA poder-se-iam prevenir complicações decorrentes do inadequado controlo. No que respeita ao critério capacidade técnica de resolver o problema classificaram-se como – porque apesar de ser possível sensibilizar as pessoas para a importância do cumprimento deste regime terapêutico, as mudanças comportamentais são difíceis e são decorrentes de múltiplas variáveis, não apenas da sensibilização. Assim, estes problemas obtiveram a classificação de 4.

O quarto problema, conhecimentos sobre HTA diminuídos, classificou-se como + no que concerne à importância do problema e relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco pois sem um conhecimento adequado sobre a doença e factores de risco é impossível um controlo da mesma e autocuidado adequado. Quanto à capacidade técnica de resolver o problema classificou-se como +, pois consideramos que é possível intervenção de enfermagem de modo a intervir neste défice de conhecimentos. Obteve-se no final, para este problema, a classificação de 2.

Verifica-se assim, nesta etapa, como problemas prioritários a vigilância de saúde comprometida e conhecimentos sobre HTA diminuídos. Todavia, temos em consideração que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no Diagnóstico de Situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros” (Tavares, 1990, p.101).

2.3 Fixação de objetivos

Segundo Tavares (1990, p.113) “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo”. Assim sendo, o projeto tem como objetivos:

Objetivo Geral:

- Capacitar a pessoa com HTA, inscrita na USFRS, para o autocuidado, na gestão do regime terapêutico não farmacológico, entre 4 de dezembro de 2017 e 31 de janeiro de 2018.

Objetivos Operacionais:

- Que nos conhecimentos relativos à HTA haja em todas as questões 80% de respostas corretas.
- Que 50% das pessoas que estiveram presentes nas sessões de EpS pratiquem 30 minutos seguidos de exercício físico 3 dias por semanas ou mais.
- Que 90% das pessoas que estiveram presentes nas sessões de EpS não acrescentem sal de mesa à refeição.
- Que 50% das pessoas que estiveram presentes nas sessões de EpS façam sempre uma dieta com pouco sal.

De modo a medir as alterações verificadas e a consecução dos objetivos definiram-se os seguintes indicadores de atividade e de resultado.

Indicadores de Atividade:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões programadas}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas presentes nas sessões de EpS}}{N^{\circ} \text{ de pessoas convocadas para as sessões de EpS}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de material distribuído nas sessões de EpS}}{N^{\circ} \text{ de pessoas presentes nas sessões de EpS}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que comparecem à CE de HTA}}{N^{\circ} \text{ de pessoas convocadas para a CE de HTA}} \times 100$$

Indicadores de resultado:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas ao nível dos conhecimentos sobre HTA}}{\text{Total de respostas dadas ao nível dos conhecimentos sobre HTA}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que praticam exercício físico às vezes, regularmente e sempre}}{\text{Total de pessoas presentes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que fazem sempre uma dieta com pouco sal}}{\text{Total de pessoas presentes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que nunca acrescentam sal de mesa à refeição}}{\text{Total de pessoas presentes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que classificaram com gostei ou gostei muito as sessões de EpS}}{\text{Total de questionários de avaliação preenchidos}} \times 100$$

2.4 Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a quarta etapa do processo de planeamento. É aqui que se definem um “conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.87).

Para definir estratégias na intervenção comunitária foi tida em conta as características da população alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção.

Vários são os motivos que têm levado à crescente importância do autocuidado. Nomeadamente, a prevalência das doenças crónicas, a mudança de paradigma dos cuidados curativos para a promoção de saúde, os escassos recursos económicos e profissionais, entre outros, têm levado à necessidade de capacitação da pessoa e da família para melhor adaptação aos desafios de saúde.

Sabe-se que com a crescente prevalência de doenças crónicas, há uma emergente preocupação com a adesão das pessoas ao regime terapêutico. A WHO (2003) alude que para melhorar a adesão ao regime terapêutico, os enfermeiros devem incluir estratégias de Educação para Saúde (EpS), designadamente relativas ao conhecimento sobre a doença, tratamento e modo como este poderá ajudar e importância de aderir ao regime terapêutico.

No âmbito do presente projeto, e tendo em conta tais premissas, optou-se pela utilização do sistema apoio-educação, preconizado na Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 2001), tendo como objetivo que a pessoa com HTA possa adquirir conhecimentos para uma tomada de decisão em seu próprio benefício.

A educação está estreitamente ligada com o ato de cuidar e é fundamental para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos e comunidades.

Segundo Carvalho e Carvalho (2006, p.23) “educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porque das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde”. É através deste acesso à informação, que se pretende capacitar as pessoas, de modo a que tenham um papel ativo na sua

saúde, favorecendo deste modo a promoção da saúde, tal como preconizado pela WHO na Carta de *Ottawa*.

Este acesso à informação é não só uma estratégia de promoção de saúde, mas um imperativo moral do exercício profissional, tendo em conta os princípios da beneficência e da autonomia.

A estratégia foi operacionalizada através de três sessões de educação para a saúde a dois grupos de 10 pessoas com HTA e da realização de consulta de enfermagem individualizada com cada pessoa que participou nas sessões de educação para a saúde.

Foi escolhida inicialmente uma atividade de grupo pela oportunidade de estimular os participantes a encontrarem estratégias coletivas e pela possibilidade de partilha e identificação.

A necessidade de implementação de uma consulta de enfermagem (CE) de HTA surgiu por vários motivos, nomeadamente, o diagnóstico de vigilância de saúde comprometida; a solicitação por parte de alguns utentes quanto à marcação para essa consulta (uma vez que na unidade de saúde onde pertenciam anteriormente tinham esse recurso) e pela necessidade manifestada pela equipa de saúde. Como tal, e apesar da implementação de uma CE ser um processo complexo que exige estruturação, propusemo-nos realizar um manual de procedimentos da CE de HTA, de modo a promover a uniformização de cuidados prestados, para posterior implementação da consulta. Esta intervenção “ousada” deve-se ao facto de considerarmos que deste modo contribuímos para a continuidade desta intervenção comunitária e por serem sobejamente conhecidos os benefícios de monitorização e vigilância das pessoas com doenças crónicas não transmissíveis.

A consulta de enfermagem está definida pela Portaria n.º 306-A/2011 (2011, p.5348-2) como “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

Esta consulta é um espaço privilegiado para a relação enfermeiro-utente, percepção da motivação da pessoa com HTA, transmissão de informação e apoio na mudança de comportamento da pessoa, aumentando a adesão ao regime terapêutico.

É também no espaço da CE que o enfermeiro deve, através do método de ensino, proposto por Orem, fornecer informações fundamentais para que a pessoa com HTA seja capaz de tomar decisões em prol da sua saúde.

Segundo o *International Council of Nurses* (2010) os enfermeiros são os profissionais mais bem posicionados para a gestão da doença crónica. Nesta gestão os melhores resultados registados são quando implementam estratégias de “avaliação regular e acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos com doença crónica, prestação de cuidados baseados na evidência e disponibilização de informação e estruturas de apoio a comportamentos de autogestão da doença crónica” (Nicolau e Escoval, 2010, p.102).

Para Potter e Perry (2004, p.156) "um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do enfermeiro", sendo por isso uma ferramenta fundamental para qualquer uma das intervenções descritas.

A comunicação é algo transversal a todas estas atividades e nas várias áreas do contexto de saúde. É impossível haver interação sem comunicação. Pode definir-se comunicação em saúde como o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, s.d.).

Phaneuf (2005) referenciando Egan (1987) menciona a preocupação desta influência não se tornar um risco de manipulação em que limita a liberdade do outro e o princípio da autonomia, sugere por isso uma ação de forma respeitosa, autêntica, responsável e não a não valorização das ideias próprias do cuidador mas sim da mudança positiva do estado de saúde da pessoa cuidada, respeitando o princípio da beneficência.

Como tal, foram usados predominantemente dois canais de comunicação: o visual e o auditivo. Procurou-se sempre utilizar linguagem clara, simples, concisa e apropriada ao tempo e às circunstâncias. De igual modo procurou-se favorecer a comunicação através da escuta ativa, de modo a promover o envolvimento da pessoa. Utilizou-se como métodos a discussão em grupo, analogias, a preleção, perguntas e respostas, demonstração e prática.

2.5 Preparação operacional

Nesta etapa faz-se o planeamento operacional do projeto. Para tal, devem ser desenvolvidas atividades tendo em conta os objetivos operacionais estabelecidos, pois caso contrário conduz a um desperdício de recursos (Tavares, 1990).

Seguidamente serão especificadas as atividades seguindo a ordem cronológica com que foram realizadas. A descrição detalhada de cada atividade tendo em conta os parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade e objetivos a atingir (Tavares, 1990) encontra-se em apêndice.

Para validação das atividades recorreu-se ao apoio da Enfermeira responsável pelo ensino clínico na USF e da Professora Orientadora.

Foram convocadas 20 pessoas com HTA para intervenção comunitária, que, devido às dinâmicas de grupo utilizadas e ao espaço físico, foram divididas em dois grupos. As pessoas convocadas foram as que, aquando do diagnóstico de situação, demonstraram interesse em participar na intervenção. As convocatórias foram realizadas telefonicamente. Nesse contacto foi dito às pessoas os principais problemas encontrados e as atividades a serem realizadas.

De modo a promover a adesão à primeira sessão de EpS, dois dias antes foi realizado novo contacto telefónico a relembrar a atividade e confirmar a presença.

Atividade 1 – Sessão de educação para a saúde “Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial”

A sessão de EpS com o tema “Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial” teve como objetivo que os participantes compreendessem o que é a HTA, quais as causas, complicações e tratamento. Estas temáticas surgiram como prementes, pelo conhecimento diminuído verificado nas respostas encontradas no formulário, na fase de diagnóstico da situação.

Para esta sessão foi realizado e apresentado um filme explicativo sobre o que é a HTA, as suas causas, tratamento e complicações, bem como uma apresentação (apêndice IX). Foi promovida a partilha, através do método interrogativo, de modo a desmistificar crenças e saberes das pessoas.

No final da sessão foi entregue a cada participante uma caneta e um livro de registo de TA (apêndice XV), de modo a favorecer a vigilância e registo da TA.

Atividade 2: Sessão de educação para a saúde “Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!”

A segunda atividade com o tema “Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir” teve como objetivo que os participantes compreendessem os benefícios da prática de atividade física. A sessão foi realizada em parceria com uma professora de educação física, utente da USFRS.

Na primeira parte da sessão, foram apresentadas alguns títulos de notícias de jornais sobre atividade física (apêndice X) e foram questionados os participantes sobre a importância deste tema, tendo sido posteriormente, e aproveitando a opinião dos participantes, essa importância esclarecida pela mestrandia.

Na segunda parte da sessão a professora de educação física demonstrou, explicou e realizou, em conjunto com os participantes, alguns exercícios.

Atividade 3: Sessão de educação para a saúde “Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação”

A terceira sessão de EpS teve como objetivos que os participantes compreendessem os malefícios do sal, identificassem substitutos do sal para a refeição, identificassem o sal nos rótulos dos alimentos e identificassem a quantidade de sal presente nos rótulos dos alimentos.

Inicialmente foi apresentado um vídeo intitulado “Recomendações sobre ingestão de sal – Projeto Nutrition UP 65”, um projeto promovido pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Seguidamente iniciou-se a apresentação em power point (apêndice XI) onde foram abordados os malefícios do sal, os substitutos do sal e o sal presente nos alimentos.

Foram distribuídos rótulos de alguns alimentos aos participantes para que os mesmos pudessem identificar a quantidade de sal do alimento.

No final foi fornecido a cada participante um cartão de dimensão 10 cm x 6 cm tendo de um lado o decodificador de rótulos de bebidas e no outro o decodificador de rótulos de comida (apêndice XV).

Considerando a subdivisão do grupo nas sessões de EpS, estas, foram realizadas em duplicado, nos dias previstos – quartas-feiras – e no horário às 9h e às 10h respectivamente e conforme escolha do participante.

No final de todas as sessões foi entregue a cada participante uma folha de avaliação da respectiva sessão que foi preenchida pelos participantes e entregue à mestranda (apêndice XII).

Atividade 4: Consulta de Enfermagem

Esta atividade foi realizada individualmente e teve os seguintes objetivos a curto prazo: que todos os participantes das sessões de EpS comparecessem na CE; aferir a exequibilidade da realização da CE de HTA tendo como base o manual de procedimentos elaborado e *follow-up* das sessões. A médio/longo prazo tem como objetivo que as pessoas com HTA inscritas na USFRS realizem adequadamente a sua vigilância de saúde, tenham valores tensionais controlados e tomem decisões benéficas para a sua saúde relativamente ao regime terapêutico.

Para a realização desta atividade, e uma vez que a USF não tinha consulta de enfermagem de HTA, foi realizado um manual de procedimento sobre esta consulta (apêndice XIV) como forma de uniformizar a intervenção. Este, foi aprovado pela equipa de enfermagem.

No final das consultas, como forma de avaliar as intervenções realizadas nas sessões de EpS, foi solicitado aos participantes que voltassem a responder a algumas questões do formulário de diagnóstico de situação (anexo V).

Atividade 5: Sensibilização dos profissionais para a continuidade do projeto

Ao longo do estágio, de forma a viabilizar a continuidade do projeto, foram desenvolvidos alguns contactos informais com a equipa e no final foi realizada uma sessão formal.

A sessão formal, foi realizada na sala de reuniões, dia 6 de fevereiro de 2018 às 12h, data e hora da reunião de equipa. Foram apresentados os dados e a intervenção comunitária realizada.

No que concerne aos recursos humanos necessários para as atividades descritas foram: a mestrandia, a professora de educação física e a equipa de enfermagem da USF. Relativamente aos recursos materiais foram: o ginásio que se situa no r/c do edifício da unidade funcional, cadeiras, mesa, retroprojektor e computador.

Todos os custos associados à elaboração das intervenções foram suportados pela mestrandia.

2.6 Avaliação

A avaliação é a etapa final da metodologia do Planeamento em Saúde. A sua principal função é “determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p.205), devendo por isso ser precisa e pertinente de modo a melhorar e planear eficazmente a atividade (Tavares, 1990).

Segundo o mesmo autor, a avaliação pode ser realizada recorrendo a indicadores de resultado, que medem o estado de saúde, e indicadores de atividade, que medem as atividades de saúde realizadas.

Seguidamente apresentam-se as atividades realizadas e os respetivos indicadores de processo e resultado, já previamente descritos.

Relativamente aos indicadores de resultado, a sua avaliação tem, maioritariamente, por base os resultados da aplicação de algumas questões do formulário, na CE, após o processo educativo. As questões colocadas num segundo momentos foram ao nível dos conhecimentos e dos comportamentos. Apesar de conscientes do curto intervalo temporal para a avaliação de ganhos efetivos ao nível da adoção de comportamentos promotores de saúde, optou-se por fazê-lo uma vez que a finalidade do projeto é promover esses comportamentos, não permitindo, no entanto, uma comparação objetiva dos dados.

Atividade	Indicadores de atividade	Indicadores de resultado
Atividade 1: Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre Hipertensão arterial	<p>Taxa de atividade</p> $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ <p>Taxa de participantes na sessão</p> $\frac{18}{20} \times 100 = 90 \%$ <p>Taxa de material distribuído</p> $\frac{18}{18} \times 100 = 100 \%$	<p>Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão</p> $\frac{18}{18} \times 100 = 100\%$
Atividade 2: Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!	<p>Taxa de atividade</p> $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ <p>Taxa de participantes na sessão</p> $\frac{17}{20} \times 100 = 85 \%$	<p>Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão</p> $\frac{17}{17} \times 100 = 100 \%$
Atividade 3: Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação	<p>Taxa de atividade</p> $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ <p>Taxa de participantes na sessão</p> $\frac{17}{20} \times 100 = 85 \%$ <p>Taxa de material distribuído</p> $\frac{17}{17} \times 100 = 100 \%$	<p>Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão</p> $\frac{17}{17} \times 100 = 100 \%$

Atividade 4: Consulta de Enfermagem	<p>Taxa de participantes na CE</p> $\frac{18}{18} \times 100 = 100 \%$	<p>Taxa de participantes que praticam exercício físico às vezes, regularmente e sempre</p> $\frac{10}{18} \times 100 = 55,6 \%$ <p>Taxa de participantes que fazem sempre uma dieta com pouco sal</p> $\frac{12}{18} \times 100 = 66,7 \%$ <p>Taxa de participantes que nunca acrescentam sal de mesa à refeição</p> $\frac{17}{18} \times 100 = 94,4 \%$
-------------------------------------	--	---

Relativamente ao indicador de resultado referente aos conhecimentos apresenta-se de seguida tabela com respetivos resultados.

	n	Percentagem
Na maioria dos doentes, a causa da HTA é conhecida?	15	83,3%
A HTA é uma doença para toda a vida?	18	100%
Pode-se ter a tensão alta sem ter queixas?	16	88,9%
Só se pode saber se a tensão está alta medindo-a?	15	83,3%
O excesso de peso faz subir a tensão?	18	100%
O sal faz subir a tensão?	18	100%
O álcool faz subir a tensão?	18	100%
Se os pais tiverem tensão alta há mais probabilidade de os filhos terem?	18	100%
As pessoas com tensão alta devem fazer exercício regularmente?	18	100%
Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	18	100%
Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	18	100%
Faz parte do tratamento da HTA, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	18	100%
As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar?	18	100%
Os medicamentos são o único tratamento para a HTA?	16	88,9%
Os medicamentos para a HTA devem ser tomados diariamente?	16	88,9%
Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender o tratamento?	17	94,4%
Tomar os medicamentos para a HTA melhora a esperança de vida?	15	83,3%
A HTA pode provocar ataque cardíaco?	18	100%
A HTA pode provocar trombose?	18	100%
A HTA pode provocar cegueira?	18	100%
A HTA pode provocar doenças nos rins?	18	100%

Tabela 3 – Valores absolutos e percentuais da amostra relativos às respostas corretas ao nível dos conhecimentos sobre HTA após intervenção.

Face ao exposto verifica-se que relativamente aos indicadores de atividade, as mesmas foram todas realizadas conforme o programado. Quanto à adesão, houve algumas desistências, tendo, no entanto, os participantes em questão estabelecido contacto telefónico no próprio dia, ou já posteriormente, a fim de apresentarem os motivos que os fizeram não poder estar presentes nas sessões de EpS.

No que concerne aos indicadores de resultado, foram todos atingidos com sucesso, revelando uma avaliação positiva das estratégias utilizadas.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p.192) “a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente”. Assim sendo, pode concluir-se que as atividades desenvolvidas foram do agrado dos participantes uma vez que todos avaliaram de forma positiva as sessões de EpS.

3. CONCLUSÕES

Neste capítulo apresentam-se as conclusões do projeto de intervenção comunitária, tendo-se optado por dividir em dois subcapítulos; um primeiro que espelha uma pequena reflexão sobre as competências desenvolvidas e, posteriormente, as considerações finais onde também constam as limitações do projeto.

3.1. Reflexão sobre competências desenvolvidas na intervenção em Enfermagem comunitária

A emergência das doenças crônicas é um dos motivos pelo qual foi reconhecida a importância dos enfermeiros nos CSP, nomeadamente as intervenções do EEECS, verificando-se efetivos ganhos em saúde.

Esta intervenção comunitária, uma vez desenvolvida no âmbito da HTA, reflete essa mesma importância.

O percurso realizado teve como objetivo permitir a aquisição e desenvolvimento de competências do segundo ciclo de estudos, conforme os Descritores de Dublin, bem como das competências comuns do EEECS.

Segundo Fleury e Fleury (2001, p.138) competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades”.

A Ordem dos Enfermeiros definiu, para além de quatro domínios comuns de competências do enfermeiro especialista (responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), competências específicas para cada especialidade.

A aquisição e desenvolvimento dessas competências foram favorecidos com a utilização da metodologia de planeamento em saúde.

Ao seguir as diferentes etapas da metodologia foi possível a avaliação do estado de saúde de um grupo, na fase de diagnóstico de situação, aquando da aplicação do formulário aos utentes hipertensos que recorreram à unidade de saúde no intervalo de tempo pré-estabelecido. Identificando também nessa fase as necessidades dos

indivíduos/grupo, de modo a poder posteriormente intervir nas mesmas. Esta atuação corrobora com o Regulamento n.º 128/2011 (2011, p.8667) que refere que o EEECSPP “estabelece, com base na metodologia de planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Como plasmado no relatório, foi também possível o desenvolvimento de competências ao nível da identificação de problemas do grupo, priorização dos mesmos, definição de objetivos e seleção de estratégias. A capacidade de avaliação e tomada de decisão foi inerente a todo este processo, sendo estas competências transversais quer ao EEESP, quer ao estudante de segundo ciclo.

Na seleção de estratégias foi imperativa uma gestão dos recursos para as atividades desenvolvidas e o estabelecimento de parcerias (como se pode verificar com a professora de educação física) com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população. A EpS foi uma das estratégias escolhidas promovendo o *empowerment* do grupo, indo ao encontro com o preconizado como competência específica do EEECSPP (Regulamento n.º 128/2011).

A integração e aplicação dos conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares revelou-se de extrema importância, sendo esta uma das competências previstas, nos Descritores de Dublin, para estudantes do segundo ciclo.

A utilização da Teoria do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, como referencial teórico de Enfermagem, em articulação com a metodologia de Planeamento em Saúde permitiu não só a conceptualização do processo numa perspetiva de Enfermagem, como uma prática reflexiva da disciplina de Enfermagem e a capacitação do grupo para o autocuidado no sentido de maximizar o seu bem-estar e prevenir complicações decorrentes do processo de doença, como se pode verificar através dos resultados positivos obtidos na avaliação.

Outra das situações tidas em consideração foi assegurar a continuidade dos cuidados tendo para isso sido estabelecida articulação com os profissionais da unidade e realizado o manual de procedimentos para a CE de HTA, refletindo-se deste modo não só a responsabilidade ética e profissional, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidade profissional, como a gestão e garantia da qualidade de cuidados.

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 128/2011 (2011, p.8667) o EEECSPP deve integrar “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, verificando-se ao longo deste relatório que a intervenção realizada pretende dar resposta aos objetivos do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017.

A comunicação, como Descritor de Dublin para o segundo ciclo, pode encontrar-se espelhada ao longo deste relatório, tendo sido igualmente essencial como estratégia na intervenção comunitária promovendo uma EpS eficaz, de uma forma clara e inequívoca.

Considero que todo o estágio foi um processo ativo de autoaprendizagem e foi promotor do meu desempenho autónomo nos cuidados especializados prestados ao grupo de pessoas com HTA. Assim, deste modo, verificou-se o cumprimento da competência de autoaprendizagem enumerada nos Descritores de Dublin para o segundo ciclo.

3.2. Considerações finais

Este projeto de intervenção comunitária surgiu pela importância da HTA como problema de saúde pública, refletindo-se na elevada prevalência e incidência da doença e complicações decorrentes da mesma, sendo premente encontrar estratégias de intervenção nomeadamente a nível da promoção de saúde. A consecução do mesmo possibilitou não só a aquisição de competência específicas ao nível do segundo ciclo, como do EEECSPP mas também responder a necessidades formativas individuais.

O recurso à metodologia de Planeamento em Saúde na realização da intervenção comunitária saúde foi uma mais-valia para a organização do pensamento e orientação no caminho a percorrer, bem como para o sucesso dos resultados obtidos.

Os resultados do formulário aplicado inicialmente demonstraram haver défice de autocuidado bem como de conhecimento, podendo desta forma comprometer a qualidade de vida das pessoas. A teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, assumiu extrema relevância para a seleção da estratégia de

intervenção comunitária, tendo sido utilizado o sistema de apoio-educação, de modo a promover a pessoa como agente do seu próprio autocuidado.

A educação em grupo mostrou ser uma estratégia fundamental de promoção do autocuidado da pessoa com HTA, favorecendo a partilha de conhecimentos, experiências e a aquisição de conhecimentos.

A avaliação, enquanto etapa do Planeamento em Saúde, demonstrou sucesso da intervenção realizada através dos indicadores de atividade e de resultado, permitindo que se possa vislumbrar ganhos efetivos em saúde. Verifica-se que houve uma melhoria quer dos conhecimentos, quer do próprio autocuidado. No entanto, constata-se também uma discrepância entre os conhecimentos e a operacionalização desse mesmo autocuidado que se pretende reduzir, a médio prazo, com a implementação da consulta de enfermagem de HTA.

O envolvimento da equipa da USFRS foi fulcral em todo o processo e crê-se que com a elaboração do manual de procedimento da consulta de enfermagem de HTA e a consulta de enfermagem, que não existia, esta intervenção tenha continuidade de modo a que as pessoas adotem estilos de vida saudáveis.

Pelo exposto, considera-se que os objetivos proposta para a intervenção comunitária foram atingidos, assim como a finalidade da unidade curricular de Estágio com relatório ao terem sido desenvolvidas competências de intervenção em enfermagem comunitária, através da utilização de estratégias adequadas ao contexto, promovendo a capacitação e aquisição de melhores níveis de saúde do grupo¹. Porém, reconhece-se como limitação a curta duração do estágio, impossibilitando uma noção real dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção.

Neste trabalho ficou plasmado que, apesar da existência de inúmeros estudos e intervenções no âmbito da HTA, há um longo caminho a percorrer ao nível da promoção do autocuidado. Sugere-se para futuro a continuação desta intervenção a uma população de maior dimensão.

¹ UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO (guia orientador). Professora Fátima Moreira. ESEL, 2017

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades formativas*. Loures: Lusociência.
- Crowley, M; Grubber, J.; Olsen, M., Bosworth, H (2012). Factors Associated with Non-Adherence to The Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Journal of General Internal Medicine* 28 (1), 99-106. Acedido em 17-03-2017. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104415312&site=ehost-live>.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I Série –A*, N.º 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.
- Delgado, I., Villarraso, M., Garcia, M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 17(4) 251-260. Acedido a 17-03-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/>.
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2011). Norma n.º 026/2011, actualizada a 19/03/2013 – *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: DGS.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Lisboa: ESEL
- Fleury,M., Fleury,A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 5, 183-196.
- Fortin, M.F (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guerra, M.P., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na Saúde* (2ª. ed) Lisboa: Climepsi editores.
- Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ªed.) Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Kim, Y., Kong, K. (2015). Do Hypertensive Individuals Who Are Aware of Their Disease Follow Lifestyle Recommendations Better than Those Who Are Not Aware? *PLOS ONE*. DOI: 10.1371/journal.pone.0136858
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a saúde- dos fundamentos à acção*. Coimbra: edições Almedina.
- Magrin, M. et al (2015). Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A MetaAnalysis. *Ann Behav Med*. 49, 307-318. DOI: 10.1007/s12160-014-9663-2.

- Nascimento, A., Alves, A., Almeida, A., Oliveira, C. (2013). Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” na atenção primária. *Rev. APS*. 16(4). 365-377. Acedido em 18-03-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011) - *Hypertension in adults: diagnosis and management*. Acedido em 17-03-2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-35109454941637>.
- Nicolau, V., Escoval, A. (2010). Cidadão e comunidade que relevância no processo de contratualização?. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 9, 95-103.
- Nwabuo, C., Dy, S., Weeks, K., Young, J. (2014). Factors Associates with Appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, Poorly Controlled Hypertension. *PLOS ONE*. 9(8). Acedido em 17-03-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/>
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2*. Lisboa: OE.
- Orem, D. (1991) - *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Orem, D. (2001) - *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6^a Ed.). Loures: Lusociência
- Pinprapapan, E., Panuthai, S., Vannarit, T., Srisuphan, W. (2013). Casual Model of Adherence to Therapeutic Regimens among Thais with Hypertension. *Pacific*

Rim International Journal of Nursing Research 17(3), 268-281. Acedido em 17-03-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/>

Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHTSA study. *Journal of Hypertension* 32, 1211-1221. Acedido em 17-03-2017. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf.

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro (2011). Ministérios das Finanças e da Saúde: Portaria n.º 306-A/2011. *Diário da República 1ª. Série*, N.º 242 (20-12-2011) 5348(2)-5348(4).

Potter, P., Perry, A. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Hoogan, cop.

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. *Diário da República 2ª. Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8667-8669.

Reis, R. (2014). Medidas comportamentais para controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC 8. *Revista Factores de Risco*. 32, 9-13.

Rittmueller, S., Frey, M, Williams, E., Sun, H., Bryson, C. Bradley, K. (2015). Association Between Alcohol Use and Cardiovascular Self-Care Behaviors Among Male Hypertensive Veterans Affairs Outpatients: A Cross-Sectional Study. *Routledge*. 36, 6-12. DOI: 10.1080/08897077.2014.932318.

Seabra, A. (2017). A Atividade Física em crianças e adolescentes. Um comportamento decisivo para um estilo de vida saudável. *Revista Factores de Risco*. 44 (Abri-Jun) 9-20.

Scala, L. (2014). A importância e o controle do sobrepeso e da obesidade. *Revista Factores de Risco*. 32, 19-32.

- Sousa, I. (2005) – *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em 20-04-2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68786/2/30537.pdf>.
- Strazzullo, P., D'Elia, L., Cairella, G., Scafì, L, Cola, M.. (2012). Recommending Salt Intake Reduction to the Hypertensive Patient – More than just lip service. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 19(2). Acedido em 17-03-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/>.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de formação. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Teixeira, J. (s.d). Comunicação em saúde – Relação técnicos de saúde-utentes. *Notas didáticas*. 615-620. Acedido em 06-12-2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>
- Universidade do Porto (2017). Recomendações sobre ingestão de sal – Projeto Nutrition UP 65 (vídeo youtube). 0:56 min. Acedido em 15-11-2017. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=BB-0MDotZ80>
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion*. Acedido em: 15-03-2017. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- World Health Organization (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Acedido em 15-03-2017. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>
- World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis*. Acedido em 15-03-2017. Disponível em: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Formulário

Parte I – Dados Sócio-Demográficos e Antecedentes Pessoais

1. Idade: (anos completos)
2. Sexo: Feminino ☐ ₀ Masculino ☐ ₁
3. Habilitações literárias: (anos completos de escolaridade)
4. Situação profissional:

Trabalhador(a) activo(a)	<input type="checkbox"/> ₀
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/> ₁
Reformado(a) / Inválido(a)	<input type="checkbox"/> ₂
Outra	<input type="checkbox"/> ₃
5. Profissão (actual ou anterior): _____
6. Componentes do agregado familiar:

Vive só	<input type="checkbox"/> ₀
Vive com o cônjuge / companheiro(a)	<input type="checkbox"/> ₁
Vive com a família restrita (pai, mãe e filhos)	<input type="checkbox"/> ₂
Vive com a família alargada	<input type="checkbox"/> ₃
Vive num lar	<input type="checkbox"/> ₄
Outro	<input type="checkbox"/> ₅
7. Há quantos anos sabe que é hipertenso?
8. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?

Sim	<input type="checkbox"/> ₁	Não	<input type="checkbox"/> ₀	Não sabe	<input type="checkbox"/> ₂
-----	---------------------------------------	-----	---------------------------------------	----------	---------------------------------------
9. Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?

Sim	<input type="checkbox"/> ₁	Não	<input type="checkbox"/> ₀	9.1. Qual?	_____
-----	---------------------------------------	-----	---------------------------------------	------------	-------
10. Para além da hipertensão, sofre de alguma doença crónica para a qual necessita de tomar medicação regularmente e/ou alterar o seu estilo de vida?

Sim	<input type="checkbox"/> ₁	Não	<input type="checkbox"/> ₀	10.1. Qual?	_____
-----	---------------------------------------	-----	---------------------------------------	-------------	-------
11. No último ano, quantas vezes foi à consulta de hipertensão (médica ou de enfermagem)?
12. No último ano, quantas vezes mediu a tensão arterial? (por mês / por ano)
 - 12.1 Onde costuma medir a tensão arterial?

Centro de saúde	<input type="checkbox"/> ₀
Casa	<input type="checkbox"/> ₁
Casa + centro de saúde	<input type="checkbox"/> ₂
Outro	<input type="checkbox"/> ₃

Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão

Alimentação

13. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
13.1 Seguiu uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4	5
13.2 Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	5	4	3	2	1
13.3 Comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?	5	4	3	2	1
13.4 Comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)?	5	4	3	2	1
13.5 Seguiu uma dieta pobre em gorduras?	1	2	3	4	5
13.6 Comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?	5	4	3	2	1
13.7 Comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia?	1	2	3	4	5

14. Quando não seguiu a dieta recomendada pelo profissional de saúde, quais foram as principais razões?

	Sim ₁	Não ₀
14.1 Comer dá-lhe prazer.		
14.2 Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde.		
14.3 Faz refeições fora de casa.		
14.4 A comida com pouco sal não fica apetitosa.		
14.5 Não é responsável pela confecção dos alimentos, pelo que se limita aos alimentos que lhe dão.		
14.6 A dieta recomendada é cara.		
14.7 Acha que é difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar.		
14.8 Cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes.		
14.9 Outra. Qual?		

Exercício Físico

15. Durante as últimas quatro semanas:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
Quantas vezes por semana fez pelo menos 30 minutos de exercício físico seguido, como caminhar, correr ou andar de bicicleta?	1	2	3	4	5

16. Quando não fez exercício físico (ex. caminhar), quais foram as principais razões?

	Sim ₁	Não ₀
16.1 Não gosta de fazer exercício físico.		
16.2 Tem algum problema de saúde que o(a) impede de fazer exercício físico.		
16.3 Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício físico sozinho(a).		

	Sim ₁	Não ₀
16.4 Acha que fazer exercício não vai melhorar a sua saúde.		
16.5 Sente-se cansado.		
16.6 Outra. Qual?		

Consumo de Álcool

17. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição?	5	4	3	2	1
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia?	5	4	3	2	1
17.2 Bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex. cerveja, brandy, bagaço, whisky, etc.)?	5	4	3	2	1

18. Quando não seguiu as recomendações do profissional de saúde, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quais foram as principais razões?

	Sim ₁	Não ₀
18.1 Gosta de beber bebidas alcoólicas.		
18.2 Acha que beber menos quantidade de álcool não vai melhorar a sua saúde.		
18.3 Acha que o álcool lhe dá mais força.		
18.4 Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas.		
18.5 Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas.		
18.6 Outra. Qual?		

Hábitos Tabágicos

19. É fumador?

- ☐ ₅ Não e nunca fumou regularmente.
☐ ₄ Já foi fumador(a), mas deixou de fumar.
☐ ₃ Sim, mas não fuma todos os dias.
☐ ₂ Sim, regularmente (menos de 11 cigarros/dia)
☐ ₁ Sim, regularmente (11 ou mais cigarros/dia)

20. Em média, quantos cigarros fuma por dia?

21. Quando fuma, quais são as principais razões?

	Sim ₁	Não ₀
21.1 Gosta de fumar.		
21.2 Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde.		
21.3 É difícil deixar de fumar.		
21.4 Fumar faz parte do convívio com os amigos.		
21.5 Outra. Qual?		

Medicação

22. Toma medicação para baixar a tensão arterial?

Sim ☐ ₁ Não ☐ ₀

22.1 Se sim, há quanto tempo a iniciou? (meses / anos)

23. Qual o nome dos medicamentos que lhe foram receitados para baixar a tensão arterial?

Nome do medicamento	Quantas vezes por dia o médico lhe disse para os tomar?	Quantos comprimidos de cada vez?

24. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana tomou estes medicamentos conforme lhe foi indicado tomar?

Nome do medicamento	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
	1	2	3	4	5

25. Quando não tomou os medicamentos conforme lhe foi indicado tomar, quais foram as principais razões?

	Sim ₁	Não ₀
25.1 Esquece-se.		
25.2 Pensa que não é necessário tomar todas as vezes (sente-se bem não tomando).		
25.3 Não gosta de tomar comprimidos.		
25.4 Pensa que a medicação não está a dar bons resultados.		
25.5 A medicação provoca-lhe efeitos secundários (sente-se mal).		
25.6 Os medicamentos são muito caros.		
25.7 O horário das tomas é inconveniente.		
25.8 Não gosta de ser dependente de medicamentos.		
25.9 São muitos os medicamentos que tem para tomar.		
25.10 Deixa acabar os medicamentos.		
25.11 Outra. Qual?		

26. Tem tido dificuldade em seguir o tratamento que faz para a hipertensão, relativamente à:

	Sim ₁	Não ₀	Não Aplicável ₂
26.1 Alimentação.			
26.2 Exercício físico.			
26.3 Medicação.			
26.4 Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas.			
26.5 Suspensão do hábito de fumar.			

Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão

27. Como parte do tratamento da hipertensão foi-lhe recomendado por algum profissional de saúde (enfermeiro, médico ou outro):

	Sim ₁	Não ₀	Não Aplicável ₂
27.1 Seguir uma dieta com pouco sal?			
27.2 Seguir uma dieta pobre em gorduras?			
27.3 Comer frutos e vegetais?			
27.4 Fazer exercício físico regularmente?			
27.5 Tomar a medicação prescrita?			
27.6 Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas?			
27.7 Deixar de fumar?			

Parte IV – Conhecimentos sobre hipertensão

28. Com base nos conhecimentos que possui sobre hipertensão, responda às seguintes questões:

	Sim	Não	Não Sabe
28.1 Na maioria dos doentes, a causa da hipertensão é conhecida?	0	1	2
28.2 A hipertensão é uma doença para toda a vida?	1	0	2
28.3 Pode-se ter a tensão alta sem ter queixas?	1	0	2
28.4 Só se pode saber se a tensão está alta medindo-a?	1	0	2
28.5 O excesso de peso faz subir a tensão?	1	0	2
28.6 O sal faz subir a tensão?	1	0	2
28.7 O álcool faz subir a tensão?	1	0	2
28.8 Se os pais tiverem a tensão alta, os filhos têm mais possibilidades de a ter alta?	1	0	2
28.9 As pessoas com tensão alta devem fazer exercício físico vários dias por semana (ex. caminhar)?	1	0	2
28.10 Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	1	0	2
28.11 Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	1	0	2
28.12 Faz parte do tratamento da hipertensão, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	1	0	2
28.13 As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar?	1	0	2
28.14 Os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão?	0	1	2
28.15 Os medicamentos para a hipertensão devem ser tomados todos os dias?	1	0	2
28.16 Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender o tratamento?	0	1	2
28.17 Tomar os medicamentos para a hipertensão melhora a esperança de vida?	1	0	2
28.18 A hipertensão pode provocar ataque cardíaco?	1	0	2
28.19 A hipertensão pode provocar trombose?	1	0	2
28.20 A hipertensão pode provocar cegueira?	1	0	2
28.21 A hipertensão pode provocar doenças nos rins?	1	0	2

29. Sente que alguém o ajuda no tratamento que faz para a hipertensão?

Sim

☐ ₁

Não

☐ ₀

29.1. Quem? _____

**Anexo II – Autorização da autora que elaborou o instrumento de
colheita de dados para utilização do mesmo**

Inês Cruz <inescruz@esenf.pt>

to me ▾

Portuguese ▾ > English ▾ [Translate message](#)

Cara Sr.ª Enfª Ana Filipa,

Em primeiro lugar congratulo-a pela escolha do tema, que é de extrema relevância na atualidade.

Tem o meu consentimento para usar o formulário do qual sou autora, gostaria contudo de ter acesso ao trabalho uma vez concluído.

Ter a noção das conclusões do seu estudo e a perceção da utilidade clínica do formulário são para mim importantes.

Desejo-lhe os maiores sucessos!

Melhores cumprimentos,

Inês Cruz, MScN, RN

Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 PORTO

Telefone: [+351 225 073 500](tel:+351225073500)

Correio eletrónico: inescruz@esenf.pt

Web: <http://portal.esenf.pt>

Anexo III – Parecer da Exma. Sr^a. Diretora do ACES Estuário do Tejo



DECLARAÇÃO

Assunto: Estudo “ Promover o autocuidado da pessoa com hipertensão arterial”

Na qualidade de Diretora Executiva do ACES Estuário do Tejo, declaro que tomei conhecimento do estudo apresentado pela Sra. Enfermeira Ana Filipa Baptista Afonso.

Após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT,IP, Proc. 026/CES/INV/2017, entendo estarem reunidas as condições para a realização do estudo referido em epígrafe.

Alverca, 07 de Junho de 2017

A Diretora Executiva

Maria do Céu Canhão

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Filipa Baptista Afonso

aafonso@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6737/CES/2017

08.06.2017

Assunto: Promover o autocuidado da pessoa com hipertensão arterial.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo


Luis Pisco

**Anexo V – Instrumento de Colheita de dados para pós intervenção
comunitária**

Formulário

Parte I – Dados Sócio-Demográficos e Antecedentes Pessoais

1. Idade: (anos completos)
2. Sexo: Feminino ☐ ₀ Masculino ☐ ₁
3. Habilitações literárias: (anos completos de escolaridade)
4. Situação profissional:
 - Trabalhador(a) activo(a) ☐ ₀
 - Desempregado(a) ☐ ₁
 - Reformado(a) / Inválido(a) ☐ ₂
 - Outra ☐ ₃
5. Profissão (actual ou anterior): _____
6. Componentes do agregado familiar:
 - Vive só ☐ ₀
 - Vive com o cônjuge / companheiro(a) ☐ ₁
 - Vive com a família restrita (pai, mãe e filhos) ☐ ₂
 - Vive com a família alargada ☐ ₃
 - Vive num lar ☐ ₄
 - Outro ☐ ₅
7. Há quantos anos sabe que é hipertenso?
8. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?
 - Sim ☐ ₁
 - Não ☐ ₀
 - Não sabe ☐ ₂
9. Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?
 - Sim ☐ ₁
 - Não ☐ ₀
 - 9.1. Qual? _____
10. Para além da hipertensão, sofre de alguma doença crónica para a qual necessite de tomar medicação regularmente e/ou alterar o seu estilo de vida?
 - Sim ☐ ₁
 - Não ☐ ₀
 - 10.1. Qual? _____
11. No último ano, quantas vezes foi à consulta de hipertensão (médica ou de enfermagem)?
12. No último ano, quantas vezes mediu a tensão arterial? (por mês / por ano)
 - 12.1 Onde costuma medir a tensão arterial?
 - Centro de saúde ☐ ₀
 - Casa ☐ ₁
 - Casa + centro de saúde ☐ ₂
 - Outro ☐ ₃

Alimentação

13. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
13.1 Seguiu uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4	5
13.2 Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	5	4	3	2	1
13.3 Comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?	5	4	3	2	1
13.4 Comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)?	5	4	3	2	1
13.5 Seguiu uma dieta pobre em gorduras?	1	2	3	4	5
13.6 Comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?	5	4	3	2	1
13.7 Comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia?	1	2	3	4	5

Exercício Físico

15. Durante as últimas quatro semanas:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
Quantas vezes por semana fez pelo menos 30 minutos de exercício físico seguido, como caminhar, correr ou andar de bicicleta?	1	2	3	4	5

28. Com base nos conhecimentos que possui sobre hipertensão, responda às seguintes questões:

	Sim	Não	Não Sabe
28.1 Na maioria dos doentes, a causa da hipertensão é conhecida?	0	1	2
28.2 A hipertensão é uma doença para toda a vida?	1	0	2
28.3 Pode-se ter a tensão alta sem ter queixas?	1	0	2
28.4 Só se pode saber se a tensão está alta medindo-a?	1	0	2
28.5 O excesso de peso faz subir a tensão?	1	0	2
28.6 O sal faz subir a tensão?	1	0	2
28.7 O álcool faz subir a tensão?	1	0	2
28.8 Se os pais tiverem a tensão alta, os filhos têm mais possibilidades de a ter alta?	1	0	2
28.9 As pessoas com tensão alta devem fazer exercício físico vários dias por semana (ex. caminhar)?	1	0	2
28.10 Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	1	0	2
28.11 Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	1	0	2
28.12 Faz parte do tratamento da hipertensão, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	1	0	2
28.13 As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar?	1	0	2
28.14 Os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão?	0	1	2
28.15 Os medicamentos para a hipertensão devem ser tomados todos os dias?	1	0	2
28.16 Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender o tratamento?	0	1	2
28.17 Tomar os medicamentos para a hipertensão melhora a esperança de vida?	1	0	2
28.18 A hipertensão pode provocar ataque cardíaco?	1	0	2
28.19 A hipertensão pode provocar trombose?	1	0	2
28.20 A hipertensão pode provocar cegueira?	1	0	2
28.21 A hipertensão pode provocar doenças nos rins?	1	0	2

Apêndice I – Revisão *Scoping*: *Prisma Flow*

Identificação

Estudos identificados na MEDLINE
(n =150)

Estudos identificados na CINAHL
(n =10)

Triagem

Estudos identificados após remoção de
duplicações (n = 160)

Estudos escrutinados
(n = 38)

Estudos excluídos
(n = 11)

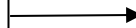
Elegibilidade

Artigos de texto completo
avaliados para
elegibilidade (n =27)

Artigos de texto completo
excluídos, com razão (n = 17)

Incluídos

Estudos incluídos
(n = 10)



Apêndice II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia² e a Convenção de Oviedo³

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promover o autocuidado da pessoa com hipertensão arterial.

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Sr^a. Professora Cláudia Julião Bacatum. A realização deste estudo pretende compreender as atividades realizadas pela pessoa com hipertensão arterial de modo a controlar a doença.

Explicação do estudo: Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um formulário, que será preenchido por mim, na presença do participante. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos aos comportamentos dos estilos de vida. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 15 minutos. A seleção dos participantes é aleatória, sendo que têm que ter idade igual ou superior a 18 anos e estarem inscritos na USF Reynaldo dos Santos do ACES Estuário do Tejo.

Condições e financiamento: A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer influência no atendimento desta unidade e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.
Ana Filipa Baptista Afonso, Telemóvel: 963703071, correio eletrónico: aafonso@campus.esel.pt
Enfermeira – USF Reynaldo dos Santos

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

BI/CD N^o: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

²

http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

³ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Apêndice III – Cronograma

[illegible]

**Apêndice IV – Caracterização sociodemográfica e antecedentes
pessoais da amostra – resultados obtidos**

N	Válido	124
	Omisso	0
Média		65,22
Moda		67
Mínimo		31
Máximo		90

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com a idade.

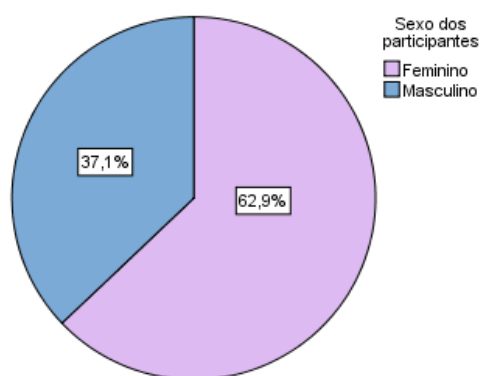


Gráfico 1 – Distribuição percentual amostra de acordo com o gênero.

N	Válido	124
	Omisso	0
Média		6,06
Moda		4
Mínimo		0
Máximo		16

Tabela 2 – Distribuição absoluta da amostra de acordo com a escolaridade.

		n	%
Válido	Trabalhador(a) cativo(a)	40	32,3
	Desempregado(a)	6	4,8
	Reformado(a)/ Inválido(a)	78	62,9
	Total	124	100,0

Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual da amostra de acordo com a situação profissional.

	n	%
Profissões das Forças Armadas	3	2,4
Representantes do poder legislativo e órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2	1,6
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	7	5,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	14	11,3
Pessoal administrativo	8	6,5
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	21	16,9
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	3	2,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	20	16,1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	13	10,5
Trabalhadores não qualificados	19	15,3
Doméstica	14	11,3
Total	124	100,0

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual da amostra por grupo profissional.

N	Válido	124
	Omisso	0
Média		13,369
Moda		10,0
Mínimo		,2
Máximo		49,0

Tabela 5 – Caracterização da amostra relativamente aos anos que sabem ser hipertensos.

		n	%
Válido	vive só	17	13,7
	vive com conjugue/ companheiro(a)	65	52,4
	vive com família restrita (pai, mãe, filhos)	34	27,4
	vive com família alargada	6	4,8
	vive num lar	2	1,6
	Total	124	100,0

Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente aos membros do agregado familiar.

		n	%
Válido	Não	10	8,1
	Sim	74	59,7
	Não sabe	40	32,3
	Total	124	100,0

Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente a familiares (pais ou irmãos) hipertensos.

		n	%
Válido	Não	70	56,5
	Sim	54	43,5
	Total	124	100,0

Tabela 8 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à existência ou não de conviventes hipertensos.

		n	%
Válido	Companheiro	28	22,6
	Companheira	24	19,4
	mãe	1	,8
	filha	1	,8
	Total	54	43,5
Omisso	Sistema	70	56,5
Total		124	100,0

Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente a quem são os conviventes hipertensos dos participantes.

	n	%
Diabetes Mellitus	38	31,7
Hipercolesterolemia	42	35,0
Fibromialgia	2	1,7
Ansiedade	6	5,0
Depressão	5	4,2
Cefaleias	2	1,7
Policitemia Vera	1	0,8
Insuficiência venosa	1	0,8
Hipotireoidismo	3	2,5
DPOC	1	0,8
Artrite reumatóide	3	2,5
Patologia cardíaca	16	13,3
Total	120	100,0

Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente aos antecedentes pessoais.

	n	%
Válido 0	59	47,6
1	28	22,6
2	31	25,0
3	4	3,2
4	1	,8
5	1	,8
Total	124	100,0

Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente ao número de consultas no último ano por HTA.

		n	%
Válido	Todos os dias	10	8,1
	Duas vezes por semana	3	2,4
	Todas as semanas	29	23,4
	De 15 em 15 dias	11	8,9
	Todos os meses	21	16,9
	De 2 em 2 meses	13	10,5
	De 3 em 3 meses	14	11,3
	3 vezes por ano	4	3,2
	2 vezes por ano	14	11,3
	1 vez por ano	5	4,0
	Total	124	100,0

Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente ao número de vezes que avaliaram a TA no último ano.

		n	%
Válido	centro de saúde	16	12,9
	Casa	69	55,6
	casa e centro de saúde	19	15,3
	Outro	20	16,1
	Total	124	100,0

Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual do local onde os participantes avaliam a TA.

Apêndice V – Caracterização da amostra relativamente à adesão às recomendações para o tratamento da HTA - resultados obtidos

Alimentação						
	Válido	N Omisso	Média	Moda	Mínimo	Máximo
Quantas vezes os participantes fizeram dieta com pouco sal	124	0	4,15	5	2	5
Quantas vezes os participantes acrescentaram sal de mesa	124	0	4,77	5	2	5
Quantas vezes os participantes comeram azeitonas, peixes salgados, fumados, presunto, paio, enchidos, bolachas, aperitivos salgados	124	0	4,04	4	1	5
Quantas vezes os participantes comeram comida rápida pré-cozinhada	124	0	4,65	5	3	5
Quantas vezes os participantes seguiram uma dieta pobre em gorduras	124	0	3,52	4	1	5
Quantas vezes os participantes comeram carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos	124	0	3,73	4	2	5
Quantas vezes os participantes comeram 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais por dia	124	0	4,34	5	2	5

Tabela 13- Estatística descritiva sobre a alimentação dos participantes nas últimas quatro semanas. A pontuação 5, é a pontuação ideal.

Apresentam-se de seguida as distribuições absolutas e percentuais de cada uma das questões referentes à alimentação.

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes fizeram dieta com pouco sal?

		n	%
Válido	Raramente (1-2 dias)	6	4,8
	Às vezes (3-4 dias)	26	21,0
	Habitualmente (5-6 dias)	36	29,0
	Sempre (7 dias)	56	45,2
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes acrescentaram sal de mesa?

		n	%
Válido	Habitualmente (5-6 dias)	3	2,4
	Às vezes (3-4 dias)	3	2,4
	Raramente (1-2 dias)	13	10,5
	Nunca (0 dias)	105	84,7
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes comeram azeitonas, peixes salgados, fumados, presunto, paio, enchidos, bolachas, aperitivos salgados?

		n	%
Válido	Sempre (7 dias)	2	1,6
	Habitualmente (5-6 dias)	6	4,8
	Às vezes (3-4 dias)	17	13,7
	Raramente (1-2 dias)	59	47,6
	Nunca (0 dias)	40	32,3
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes comeram comida rápida pré-cozinhada?

		n	%
Válido	Às vezes (3-4 dias)	6	4,8
	Raramente (1-2 dias)	32	25,8
	Nunca (0 dias)	86	69,4
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes seguiram uma dieta pobre em gorduras?

		n	%
Válido	Nunca (0 dias)	1	,8
	Raramente (1-2 dias)	13	10,5
	Às vezes (3-4 dias)	35	28,2
	Habitualmente (5-6 dias)	71	57,3
	Sempre (7 dias)	4	3,2
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes comeram carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?

		n	%
Válido	Habitualmente (5-6 dias)	8	6,5
	Às vezes (3-4 dias)	29	23,4
	Raramente (1-2 dias)	76	61,3
	Nunca (0 dias)	11	8,9
	Total	124	100,0

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, os participantes comeram 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais por dia?

		n	%
Válido	Raramente (1-2 dias)	6	4,8
	Às vezes (3-4 dias)	13	10,5
	Habitualmente (5-6 dias)	38	30,6
	Sempre (7 dias)	67	54,0
	Total	124	100,0

		n	%
	Comer dá prazer	62	29,5
	Acha que alterar a dieta não vai melhorar a saúde	19	9,0
	Faz refeições fora de casa	24	11,4
	A comida com pouco sal não fica apetitosa	31	14,8
	Não é responsável pela confeção dos alimentos	29	13,8
	A dieta recomendada é cara	3	1,4
	É difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar	28	13,3
	Cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes	14	6,7
Total		210	100,0

Tabela 14 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente às principais razões para quando não seguiram a dieta recomendada.

Exercício Físico

N	Válido	124
	Omisso	0
Média		2,73
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		5

Tabela 15- Estatística descritiva da amostra sobre a prática de, pelo menos, 30 minutos de exercício físico seguido nas últimas quatro semanas. A pontuação 5, é a pontuação ideal. Apresenta-se de seguida as distribuições absolutas e percentuais relativas à prática de exercício físico.

Quantas vezes por semana, nas últimas 4 semanas, fez pelo menos, 30 minutos de exercício físico seguido?

		n	%
Válido	Nunca (0 dias)	40	32,3
	Raramente (1-2 dias)	24	19,4
	Às vezes (3-4 dias)	15	12,1
	Habitualmente (5-6 dias)	19	15,3
	Sempre (7 dias)	26	21,0
	Total	124	100,0

		n	%
	Não gosta de fazer exercício físico	17	14,7
	Tem algum problema de saúde que o(a) impede de fazer exercício	26	22,4
	Não tem companhia e não tem motivação	31	26,7
	Acha que fazer exercício não vai melhorar a sua saúde	10	8,6
	Sente-se cansado	32	27,6
Total		116	100,0

Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente às principais razões para a não adesão ao exercício recomendado.

Consumo de álcool

	N					
	Válido	Omisso	Média	Moda	Mínimo	Máximo
Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição	124	0	4,55	5	1	5
Bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições	124	0	4,79	5	1	5
Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia	124	0	4,51	5	1	5

Tabela 17- Estatística descritiva sobre o consumo de álcool dos participantes nas últimas quatro semanas. A pontuação 5, é a pontuação ideal. Apresenta-se de seguida as distribuições absolutas e percentuais relativas ao consumo de álcool.

Quantas vezes, durante as últimas 4 semanas, bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição?

		n	%
Válido	Sempre (7 dias)	3	2,4
	Habitualmente (5-6 dias)	8	6,5
	Às vezes (3-4 dias)	9	7,3
	Raramente (1-2 dias)	2	1,6
	Nunca (0 dias)	102	82,3
	Total	124	100,0

Quantas vezes, durante as últimas 4 semanas, bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições?

		n	%
Válido	Sempre (7 dias)	2	1,6
	Habitualmente (5-6 dias)	1	,8
	Às vezes (3-4 dias)	5	4,0
	Raramente (1-2 dias)	5	4,0
	Nunca (0 dias)	111	89,5
	Total	124	100,0

Quantas vezes, durante as últimas 4 semanas, bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia?

		n	%
Válido	Sempre (7 dias)	5	4,0
	Habitualmente (5-6 dias)	6	4,8
	Às vezes (3-4 dias)	9	7,3
	Raramente (1-2 dias)	5	4,0
	Nunca (0 dias)	99	79,8
	Total	124	100,0

	n	%
Gosta de beber bebidas alcoólicas	17	42,5
Acha que beber menos quantidades de álcool não vai melhorar a sua saúde	4	10,0
Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas	1	2,5
Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas	18	45,0
Total	40	100,0

Tabela 18 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente às principais razões para a não adesão às recomendações relativas ao consumo de álcool.

Hábitos Tabágicos

N	Válido	124
	Omisso	0
Média		4,37
Moda		5
Mínimo		1
Máximo		5

Tabela 19- Estatística descritiva sobre hábitos tabágicos dos participantes. A pontuação 5, é a pontuação ideal. Apresenta-se de seguida as distribuições absolutas e percentuais relativas aos hábitos tabágicos.

É fumador?	n	%
Válido		
Sim, regularmente (11 ou mais cigarros/dia)	7	5,6
Sim, regularmente (menos de 11 cigarros/dia)	6	4,8
Sim, mas não fuma todos os dias	2	1,6
Já foi fumador(a), mas deixou de fumar	28	22,6
Não e nunca fumou regularmente	81	65,3
Total	124	100,0

N.º médio de cigarros por dia

N	Válido	15
	Omisso	109
Média		12,33
Moda		20
Mínimo		2
Máximo		30

	n	%
Gosta de fumar	7	29,2
É difícil deixar de fumar	12	50,0
Fumar faz parte do convívio com os amigos	5	20,8
Total	24	100,0

Tabela 20 – Distribuição absoluta e percentual das principais razões para a não adesão às recomendações sobre hábitos tabágicos.

Medicação		
n	Válido	124
	Omisso	0
Média		4,77
Moda		5
Mínimo		1
Máximo		5

Tabela 21- Estatística descritiva sobre toma de medicação dos participantes. A pontuação 5, é a pontuação ideal. Apresenta-se de seguida as distribuições absolutas e percentuais da amostra relativas à toma de medicação.

Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes tomou os medicamentos conforme indicação médica?

	n	%
Válido	Nunca (0 dias)	1
	Raramente (1-2 dias)	1
	Às vezes (3-4 dias)	3
	Habitualmente (5-6 dias)	16
	Sempre (7 dias)	103
	Total	124
		100,0

	n	%
Esquece-se	17	60,7
Pensa que não é necessário tomar todas as vezes	5	17,9
Não gosta de tomar comprimidos	1	3,6
Pensa que a medicação não está a dar bons resultados	1	3,6
Os medicamentos são muito caros	3	10,7
São muitos os medicamentos que tem que tomar	1	3,6
Total	28	100,0

Tabela 22 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente às principais razões para a não adesão à toma de medicação conforme prescrito.

	n	%
Dificuldade em seguir o tratamento quanto à alimentação	76	40,2
Dificuldade em seguir o tratamento quanto ao exercício físico	76	40,2
Dificuldade em seguir o tratamento quanto à medicação	7	3,7
Dificuldade em seguir o tratamento quanto à ingestão de bebidas alcoólicas	13	6,9
Dificuldade em seguir o tratamento quanto ao hábito de fumar	17	9,0
Total	189	100,0

Tabela 23 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente às dificuldades sentidas para seguir o tratamento.

**Apêndice VI – Caracterização da amostra relativamente às
recomendações para o tratamento da HTA – resultados obtidos**

		n	%
Válido	Não	13	10,5
	Sim	111	89,5
	Total	124	100,0

Tabela 24 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou seguir uma dieta com pouco sal?”

		n	%
Válido	Não	16	12,9
	Sim	108	87,1
	Total	124	100,0

Tabela 25 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou seguir uma dieta pobre em gordura?”

		n	%
Válido	Não	16	12,9
	Sim	108	87,1
	Total	124	100,0

Tabela 26 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou comer frutas e vegetais?”

		n	%
Válido	Não	17	13,7
	Sim	107	86,3
	Total	124	100,0

Tabela 27 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou fazer exercício físico regularmente?”

		n	%
Válido	Não	6	4,8
	Sim	118	95,2
	Total	124	100,0

Tabela 28 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou tomar a medicação prescrita?”

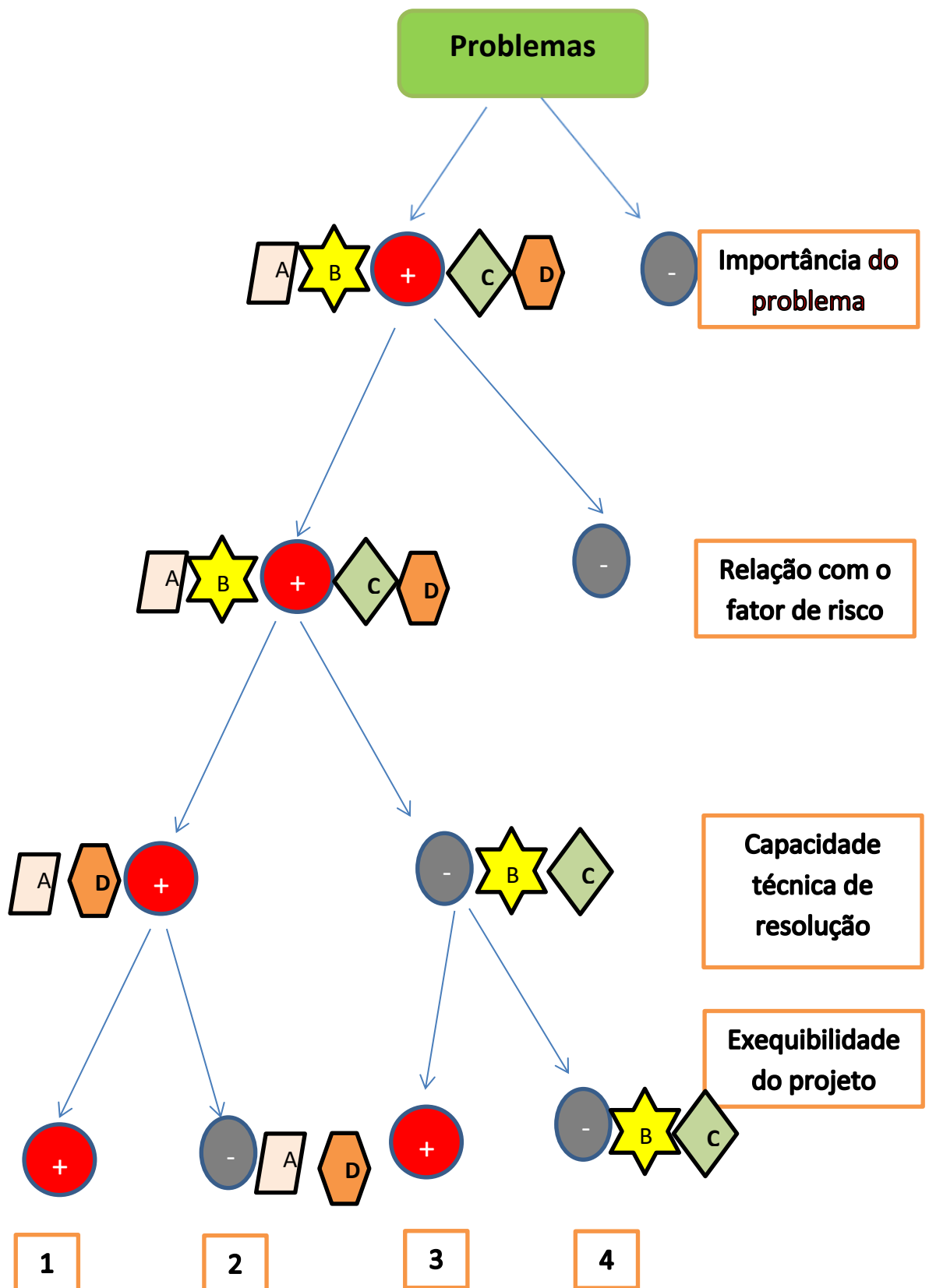
		n	%
Válido	Não	15	12,1
	Sim	29	23,4
	Não aplicável	80	64,5
	Total	124	100,0

Tabela 29 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas?”

		n	%
Válido	Não	12	9,7
	Sim	31	25
	Não aplicável	81	65,3
	Total	124	100,0

Tabela 30 – Distribuição absoluta e percentual da amostra relativamente à questão “Algum profissional de saúde recomendou deixar de fumar?”

**Apêndice VII – Definição de prioridades segundo a técnica grelha
de análise**



Vigilância de saúde comprometida



Regime de exercício físico comprometido



Regime dietético comprometido



Conhecimentos sobre HTA diminuído

Apêndice VIII –Plano Operacional

Atividade 1	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Sessão de Educação “Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial”.	Humanos: Enfermeira Mestranda. Materiais: Cadeiras; Projeto; Diapositivos; Vídeo elaborado pela mestranda.	Novembro de 2017	Ginásio	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral de conteúdos com apoio ao material informativo; - Dinâmica de grupo; - Espaço de esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que os participantes compreendam o que é a HTA, quais as causas, complicações e tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão de EpS; - Taxa de participantes na sessão; - Taxa de material distribuído; - Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão.

Atividade 2	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Sessão de Educação “Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!”	Humanos: Enfermeira Mestranda; Professora de Educação Física. Materiais: Cadeiras; Projetor; Diapositivos.	Dezembro de 2017	Ginásio	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral de conteúdos com apoio ao material informativo; - Dinâmica de grupo; - Demonstração de alguns exercícios; - Espaço de esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que os participantes compreendam os benefícios da prática de atividade física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão de EpS; - Taxa de participantes na sessão; - Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão.

Atividade 3	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Sessão de Educação “Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação”.	Humanos: Enfermeira Mestranda. Materiais: Cadeiras; Projetor; Diapositivos; Rótulos de alimentos.	Dezembro de 2017	Ginásio	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral de conteúdos com apoio ao material informativo; - Dinâmica de grupo; - Espaço de esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que os participantes compreendam os malefícios do sal; - Que os participantes identifiquem substitutos do sal para a refeição; - Que os participantes identifiquem o sal nos rótulos dos alimentos; - Que os participantes identifiquem a quantidade de sal presente nos rótulos dos alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão de EpS; - Taxa de participantes na sessão; - Taxa de material distribuído; - Taxa de participantes que avaliem de forma positiva a sessão.

Atividade 4	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Realização de CE aos participantes das sessões de EpS.	<p>Humanos: Enfermeira Mestranda.</p> <p>Materiais: Manual de procedimento para CE de HTA realizado pela mestranda; Computador; Programa informático Medicine One; Dinamap; Balança; Fita para avaliação de perímetro abdominal.</p>	Janeiro de 2018	Sala de enfermagem nº14	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto telefónico com os participantes das sessões de EpS para agendamento de CE ; - Elaboração de manual de procedimento para consulta de HTA; - Realização de CE tendo como base o manual de procedimentos. 	<p>Curto prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que todos os participantes das sessões de EpS comparecem na CE; -Aferir a exequibilidade da realização de CE de HTA tendo como base o manual de procedimentos elaborado; - Follow up das sessões. <p>Médio/longo prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que as pessoas com HTA inscritas na USFRS: realizem adequadamente a sua vigilância de saúde; tenham valores tensionais controlados; tomem decisões benéficas para a sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva das CE; - Taxa de participantes nas CE; - Taxa de respostas corretas relativas aos conhecimentos sobre HTA; - Taxa de participantes que praticam atividade física às vezes, regularmente e sempre; - Taxa de participantes que fazem sempre uma dieta com pouco sal; - Taxa de participantes que nunca adicionam sal de mesa às refeições.

Atividade 5	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Divulgação aos profissionais da USFRS da intervenção desenvolvida.	Humanos: Enfermeira Mestranda; Profissionais da USFRS.	Fevereiro de 2018	Sala de reuniões	<ul style="list-style-type: none"> - Contactos informais ao longo da intervenção; - Sessão formal numa reunião de equipa para divulgação da intervenção desenvolvida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade da intervenção comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão formativa.

**Apêndice IX –Plano de Sessão de EpS – Cuide do seu coração: o
que precisa saber sobre hipertensão arterial**

Plano da sessão de EpS – Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial

Data: 29 de novembro de 2017

Hora: 9 h/10h

Duração da sessão: 45 minutos

População alvo: pessoas com HTA, inscritas na USF Reynaldo dos Santos

	Conteúdo	Tempo	Metodologia
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Apresentação da formadora- Apresentação dos objetivos da sessão	5 minutos	- Método expositivo
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Visualização de vídeo elaborado pela mestrandia- Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">Definição de HTACausas da HTAComplicações da HTARegime terapêutico da HTA	30 minutos	<ul style="list-style-type: none">-Método expositivo-Método interrogativo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Resumo da sessãoEsclarecimento de dúvidas	5 minutos	- Método expositivo
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação da sessão	5 minutos	

Diapositivo
1

8º. Curso de Mestrado – Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cuide do seu coração: O que precisa saber sobre Hipertensão arterial



Estudante: Ana Filipa Baptista Afonso
Enfermeira Orientadora: Srª. Enfermeira Gisela Vicente
Professora Orientadora: Srª. Professora Cláudia Bacatum

Novembro de 2017

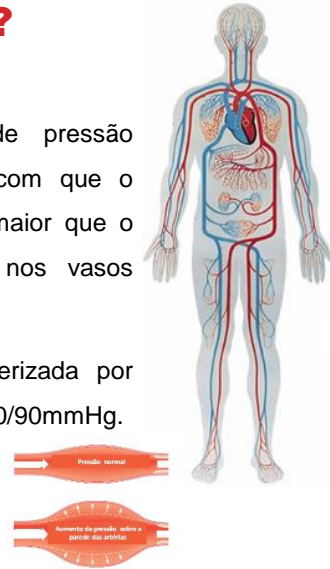
Diapositivo
2

OBJETIVO

- Que os participantes compreendam o que é a Hipertensão Arterial, as causas, o tratamento e complicações.

HIPERTENSÃO ARTERIAL: O QUE É?

- É uma doença crónica.
- Determinada por elevados níveis de pressão sanguínea, nas artérias, o que faz com que o coração tenha que fazer um esforço maior que o normal para que o sangue circule nos vasos sanguíneos.
- A hipertensão, nos adultos, é caracterizada por valores de pressão arterial superior a 140/90mmHg.



TENHO HIPERTENSÃO: PORQUÊ?



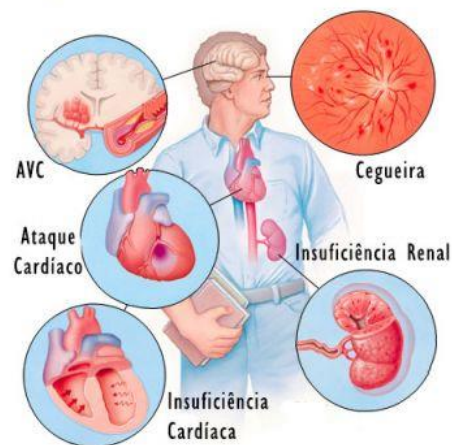
TENHO HIPERTENSÃO: O QUE POSSO SENTIR?

A hipertensão arterial é considerada uma doença “silenciosa”, no entanto quando atinge valores muito elevados podem ocorrer:

- Tonturas
- Hemorragia nasal
- Dor de cabeça

SE NÃO CONTROLAR A HIPERTENSÃO: O QUE PODE ACONTECER?

Hipertensão e suas consequências



O QUE FAZER PARA CONTROLAR A TENSÃO ARTERIAL



- 1 Faça uma alimentação saudável
- 2 Pratique atividade física
- 3 Não fume
- 4 Evite as bebidas alcóolicas
- 5 Substitua o sal
- 6 Diminua o stress
- 7 Tome a medicação conforme prescrição médica
- 8 Faça uma vigilância adequada

COMO AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL?

- Escolha um local tranquilo, com uma temperatura amena;
- Repouse 15 minutos antes da avaliação;
- Evite café, álcool ou tabaco, até 30 minutos antes;
- Evite roupas apertadas;
- Apoie o braço, onde será feita a avaliação, à altura do coração;
- A avaliação no braço é mais fiável do que no pulso;
- Anote o dia, hora e valor obtido.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª Ed.). Loures: Lusociência

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2011). Norma n.º 026/2011, actualizada a 19/03/2013 – *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: DGS.

**Apêndice X –Plano de Sessão de EpS – Cuide do seu coração:
Mexa-se para prevenir!**

Plano da sessão de EpS – Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!

Data: 6 dezembro de 2017

Hora: 9h/10h

Duração da sessão: 45 minutos

População alvo: pessoas com HTA, inscritas na USF Reynaldo dos Santos

	Conteúdo	Tempo	Metodologia
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Apresentação da formadora- Apresentação dos objetivos da sessão	5 minutos	- Método expositivo
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">O que é atividade física?Porque é que a atividade física faz bem?Alguns exercícios que a pessoa com HTA pode realizar	30 minutos	<ul style="list-style-type: none">-Método expositivo-Método demonstrativo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Resumo da sessãoEsclarecimento de dúvidas	5 minutos	- Método expositivo
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação da sessão	5 minutos	

Diapositivo
1

8º. Curso de Mestrado – Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cuide do seu coração: Mexa-se para prevenir!



Estudante: Ana Filipa Baptista Afonso
Enfermeira Orientadora: Sr^a. Enfermeira Gisela Vicente
Professora Orientadora: Sr^a. Professora Cláudia Bacatum
Colaboração da Professora de Ed. Física: Cláudia Henriques

Novembro de 2017

Diapositivo
2

OBJETIVO

- Que os participantes compreendam os benefícios da prática de atividade física.

Diapositivo
3

P2
Quanto custa a inatividade física em Portugal?
A OMS estima que, para um país de 10 milhões de habitantes onde metade da população é fisicamente inativa, o custo anual da inatividade física é cerca de 900 milhões de euros. A aplicar se a Portugal seria um valor considerável, equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para 2017

PEDRO TEIXEIRA · 12 de Fevereiro de 2017, 9:37

7961 PARTILHAS



CENTROS DE SAÚDE
Consultas de prescrição de exercício físico chegam aos centros de saúde em 2018
20/9/2017 14:51 / 7.823 10 0

Em 2018, alguns centros de saúde vão ter consultas de prescrição de exercício para utentes com obesidade, diabetes, cancro, e outras doenças. Atividade física vai ser considerada "sinal vital".

Partilha



SAÚDE
Um SNS mais próximo da atividade física?
Sim. Médicos e enfermeiros a avaliar o nível de atividade física dos utentes. Ferramentas digitais para facilitar o seu aconselhamento e monitorização. Consultas multidisciplinares para quem precisa. E boa articulação com os promotores de exercício físico na comunidade. Já começam!

PEDRO TEIXEIRA · HENRIQUE MARTINS · 20 de Novembro de 2017, 7:20

716 PARTILHAS



Diapositivo
4

VANTAGENS DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

- Reduz o risco de morte precoce;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis pela morte de 1 em cada 3 pessoas;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
- Ajuda reduzir a tensão arterial;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;

Diapositivo
5

VANTAGENS DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fêmur nas mulheres;
- Melhora a força e o equilíbrio prevenindo quedas;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

Diapositivo
6

QUE QUANTIDADE DE EXERCÍCIO FÍSICO É NECESSÁRIO?

Para melhorar e manter o melhor bem estar de saúde são necessários 30 minutos de exercício físico moderado, todos os dias. Para tal deverá realizar atividades físicas agradáveis, tais como caminhar, subir escadas, jardinagem, dançar entre outras atividades.

NÃO FAÇO EXERCÍCIO FÍSICO NENHUM, COMO COMEÇAR?

- Evite levar o carro para todo o lugar.
- Evite a utilização do elevador.
- Caso tenha cães dê uma passeio maior com eles.

PIRÂMIDE DE ATIVIDADE FÍSICA





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2011). Norma n.º 026/2011, actualizada a 19/03/2013 – *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral de Saúde (s.d). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS - Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde

**Apêndice XI –Plano de Sessão de EpS – Cuide do seu coração: Sal
e seus substitutos na alimentação**

Plano da sessão de EpS – Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação

Data: 13 dezembro de 2017

Hora:9h /10h

Duração da sessão: 45 minutos

População alvo: pessoas com HTA, inscritas na USF Reynaldo dos Santos

	Conteúdo	Tempo	Metodologia
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Apresentação da formadora- Apresentação dos objetivos da sessão	5 minutos	- Método expositivo
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Visualização de vídeo “Recomendações sobre ingestão de sal – Projeto Nutrition UP 65”- Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">Malefícios do salSubstitutos do sal- Identificação, em grupo, do teor de sal dos alimentos através dos rótulos	30 minutos	-Método expositivo - Método ativo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Resumo da sessãoEsclarecimento de dúvidas	5 minutos	- Método expositivo
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação da sessão	5 minutos	

Diapositivo 1

8º. Curso de Mestrado – Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação



Estudante: Ana Filipa Baptista Afonso
Enfermeira Orientadora: Sr^a. Enfermeira Gisela Vicente
Professora Orientadora: Sr^a. Professora Cláudia Bacatum

Dezembro de 2017

Diapositivo 2

OBJETIVOS

- Que os participantes compreendam os malefícios do sal.
- Que os participantes identifiquem substitutos do sal para a refeição.
- Que os participantes identifiquem o sal nos rótulos dos alimentos.
- Que os participantes identifiquem a quantidade de sal presente nos rótulos dos alimentos.

Diapositivo 3

Pão que compramos vai ter cada vez menos sal

Assinado acordo entre Governo e panificadores. No final de 2021, pão terá apenas um grama de sal por cada 100 gramas. Broa de Avintes e Pão de Mafra também vão ter que medir e reduzir teor de sal

ALEXANDRA CAMPOS · 16 de Outubro de 2017, 7:40

645 PARTILHAS



Taxa sobre o sal não avança

24 Novembro 2017 às 00:46

COMENTAR

TÓPICOS
Economia



OPINIÃO

Inadiável reduzir sal

A Ciência comprova claramente a eficácia da imunização na evitabilidade da doença. Esta demonstra ainda a relação causa-efeito da infeção pelo vírus da hepatite B e o cancro do fígado.

FRANCISCO GEORGE · 20 de Novembro de 2017, 7:00


321 PARTILHAS

Diapositivo 4

SAL

Utilizado desde há muito tempo na alimentação:

- Devido a propriedades de conservação, aumentando a sua durabilidade;
- Melhora o sabor e aroma dos alimentos.



É composto por dois elementos principais: o sódio (Na) e o cloro (Cl) que juntos formam o cloreto de sódio (NaCl), o chamado: SAL.

Diapositivo 5

SAL

O sódio é essencial para o organismo:

- Controla o equilíbrio da água,
- Contribui para transmitir os impulsos nervosos do cérebro por todo o corpo
- Permitir a contração muscular
- Participa na regulação do ritmo cardíaco

No entanto, em excesso, traz graves consequências!



Diapositivo 6

SAL

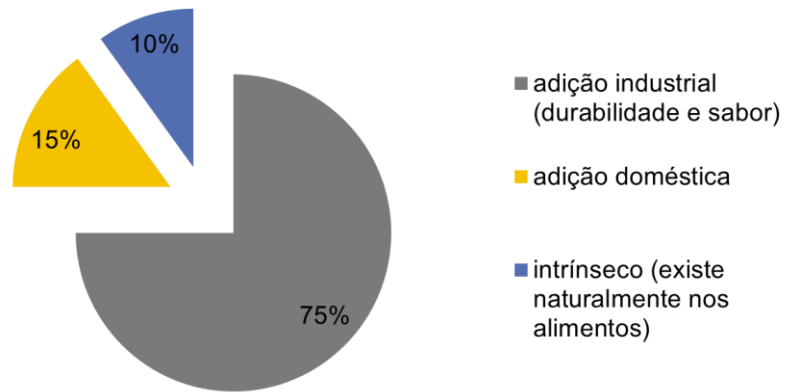
1000mg de sal = 400 mg de sódio

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os adultos devem consumir menos de 2 gramas de sódio – ou menos de 5 gramas de sal, por dia! Este valor equivale a menos de uma colher de chá rasa de sal.



Diapositivo 7

DE ONDE VEM O SAL QUE CONSUMIMOS NOS ALIMENTOS?



Diapositivo 8

CONSEQUÊNCIAS DO EXCESSO DE SAL

- Aumento do risco do aparecimento de determinados tipos de cancro (ex. estômago);
- Aumenta a tensão arterial;
- Risco aumentado de doenças cardiovasculares;
- Sobrecarga do funcionamento renal (há um maior esforço feito pelo rim para excretar o excesso de sódio);
- Maior retenção de líquidos pelo organismo, o que implica o aumento do peso e contribui para o aparecimento de celulite.

Diapositivo 9

COMO LER RÓTULOS?				
DESCODIFICADOR DE RÓTULOS			ALIMENTOS por 100g	
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Diapositivo 10

COMO LER RÓTULOS?				
DESCODIFICADOR DE RÓTULOS			BEBIDAS por 100ml	
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

ALGUNS ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE SÓDIO



SAL “ESCONDIDO”

COMO PROCURAR SAL NUM RÓTULO

- Sódio
- NA
- Glutamato monossódico
- Bicarbonato de sódio
- Bissulfato de sódio
- Fosfato dissodico
- Hidróxido de sódio
- Propionato de sódio
- Nitrito de sódio
- Ciclamato de sódio
- Sacarina sódica



SUGESTÕES PARA REDUZIR O CONSUMO DE SAL

- Leia os rótulos dos alimentos e procure adquirir os que tiverem menor quantidade de sal;
- Diminua a quantidade de sal que adiciona durante a confeção dos alimentos, utilizando ervas aromáticas, especiarias, vinho ou sumo de limão para temperar a comida;
- Não leve o saleiro para a mesa;
- Deixar a carne e o peixe a marinar, antes de os confeccionar, em vinha de alhos ou com outros temperos sem sal.

Diapositivo 15

SUBSTITUTOS DO SAL						
Uso mais comum						
Especiarias/ Planta						
Aipo	x					x
Açafrão		x				x
Alcaparra	x	x		x		
Alecrim	x	x		x		x
Alho	x	x				x
Anis ou erva- doce	x	x				
Cardamomo	x	x				x
Caril	X (aves)	x	x			
Cebola	x	x		x		
Cebolinho		x		x		x

Diapositivo 16

SUBSTITUTOS DO SAL						
Uso mais comum						
Especiarias/ Planta						
Coentros	x	x	x	x		x
Colorau ou pimenta	x	x				
Cominho	x					
Erva-cidreira					x	
Estragão		x		x	x	
Funcho				x	x	
Gengibre	x	x	x	x	x	x
Hortelã	x			x	x	x
Louro	x	x				x
Manjerição	x	x				x

Diapositivo 17

SUBSTITUTOS DO SAL						
Uso mais comum Especiarias/ Planta						
Oregãos	x			x		
Salva	x	x				x
Salsa	x	x	x	x		x
Salicórnica "Sal verde"		x	x	x		
Oregãos	x			x		
Tomilho	x	x		x		

Diapositivo 18



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª Ed.). Loures: Lusociência

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2015). *Ervas Aromáticas – uma estratégia para a redução do sal na alimentação dos portugueses*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. *DGS sugere descodificador de rótulos*. Disponível em www.dgs.pt. Acedido em: 06 dezembro de 2017

World Health Organization (2016). *The SHAKE Technical Package for Salt Reduction*. Geneva: WHO

Apêndice XII– Questionário de avaliação das sessões de EpS

A sua opinião é muito importante para melhoria das sessões de educação para a saúde, como tal agradeço que preencha este questionário de avaliação da sessão.

Coloque uma cruz (x) na resposta que pretende:

	Não gostei	Gostei	Gostei muito
Interesse do tema			
Clareza dos assuntos			
Utilidade do tema			
Duração da sessão			
Instalações e equipamentos			

Obrigada pela sua colaboração!

Ana Afonso

**Apêndice XIII –Plano de Sessão Informativa dirigida aos
profissionais da USF**

Plano da Sessão Informativa

Data: 6 de fevereiro de 2018

Hora: 12 horas

Duração da sessão: 20 minutos

População alvo: profissionais da USFRS

	Conteúdo	Tempo	Metodologia
Introdução	- Apresentação dos objetivos	2 minutos	- Método expositivo
Desenvolvimento	- Exposição do projeto de intervenção comunitária: <ul style="list-style-type: none">• Objetivos• População-alvo• Atividades desenvolvidas• Avaliação da intervenção - Incentivo à continuidade da intervenção comunitária	15 minutos	- Método expositivo
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas - Agradecimento pela disponibilidade e apoio da equipa no percurso realizado	3 minutos	- Método expositivo - Método ativo

**Apêndice XIV – Manual de procedimento de consulta de
Enfermagem de HTA**



Manual de procedimento Consulta de enfermagem de HTA

Elaborado por: Ana Afonso

Dezembro de 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
POPULAÇÃO ALVO	4
OBJETIVOS	4
DEFINIÇÃO DE HTA.....	5
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CE.....	9
MEDIÇÃO DE PA: Normas básicas para medição correta da PA.....	11
BIBLIOGRAFIA	12

SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CE – Consulta de Enfermagem

DGS –Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes *mellitus*

DRC – Doença renal crónica

EF – Enfermeiro de Família

FR - Fator de risco

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

MF – Médico de Família

PA – Pressão arterial

PC – Perímetro da cintura

RCV – Risco cardiovascular

USFRS – Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo padronizar a metodologia da consulta de enfermagem à pessoa com hipertensão arterial inscrita na Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos (USFRS).

O documento tem por base os documentos Informativos, Normativos e Orientados produzidos pela Direção Geral da Saúde (DGS) e por instituições internacionais. Atendendo ao facto de que muitos dos referidos documentos sofrem atualizações, também este, será revisto sempre que se verifiquem alterações que assim o exijam.

As doenças cérebro-cardiovasculares são, em Portugal, a principal causa de mortalidade, morbilidade, sofrimento e custos económicos, sendo a hipertensão arterial (HTA) o principal fator de risco das mesmas (DGS, 2014).

Admite-se que pelo menos um quarto dos adultos e mais de metade das pessoas com mais de 60 anos têm HTA (NICE, 2011).

A crescente prevalência de HTA é atribuída ao crescimento e envelhecimento populacional (uma vez que a prevalência da HTA aumenta com a idade), bem como aos fatores de risco associados aos estilos de vida, como dieta pouco saudável, uso nocivo do álcool, falta de atividade física, excesso de peso e tabagismo.

A fim de uma melhor saúde da população, referente a esta patologia, considera-se primordial a deteção precoce e níveis de conhecimento, tratamento e controlo adequados (DGS, 2014, p.11). Tornando-se por isso fulcral a intervenção do enfermeiro centrando os cuidados na educação das pessoas com HTA.

POPULAÇÃO ALVO

Pessoas com HTA inscritas na USFRS.

OBJETIVOS

Aumentar a proporção de hipertensos que se encontram controlados.

Aumentar a prevalência de hipertensos com adoção de estilos de vida saudáveis.

Uniformizar as práticas profissionais referentes à consulta de enfermagem de hipertensão arterial.

DEFINIÇÃO DE HTA

Define-se HTA como uma elevação persistente da PA sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou da PA diastólica maior ou igual a 90mmHg (DGS, 2011). Pode ser classificada em três graus, grau 1, grau 2 e grau 3, conforme se verifica na tabela seguinte. Esta classificação é válida para pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que não tomem medicação anti hipertensora, nem estejam grávidas.

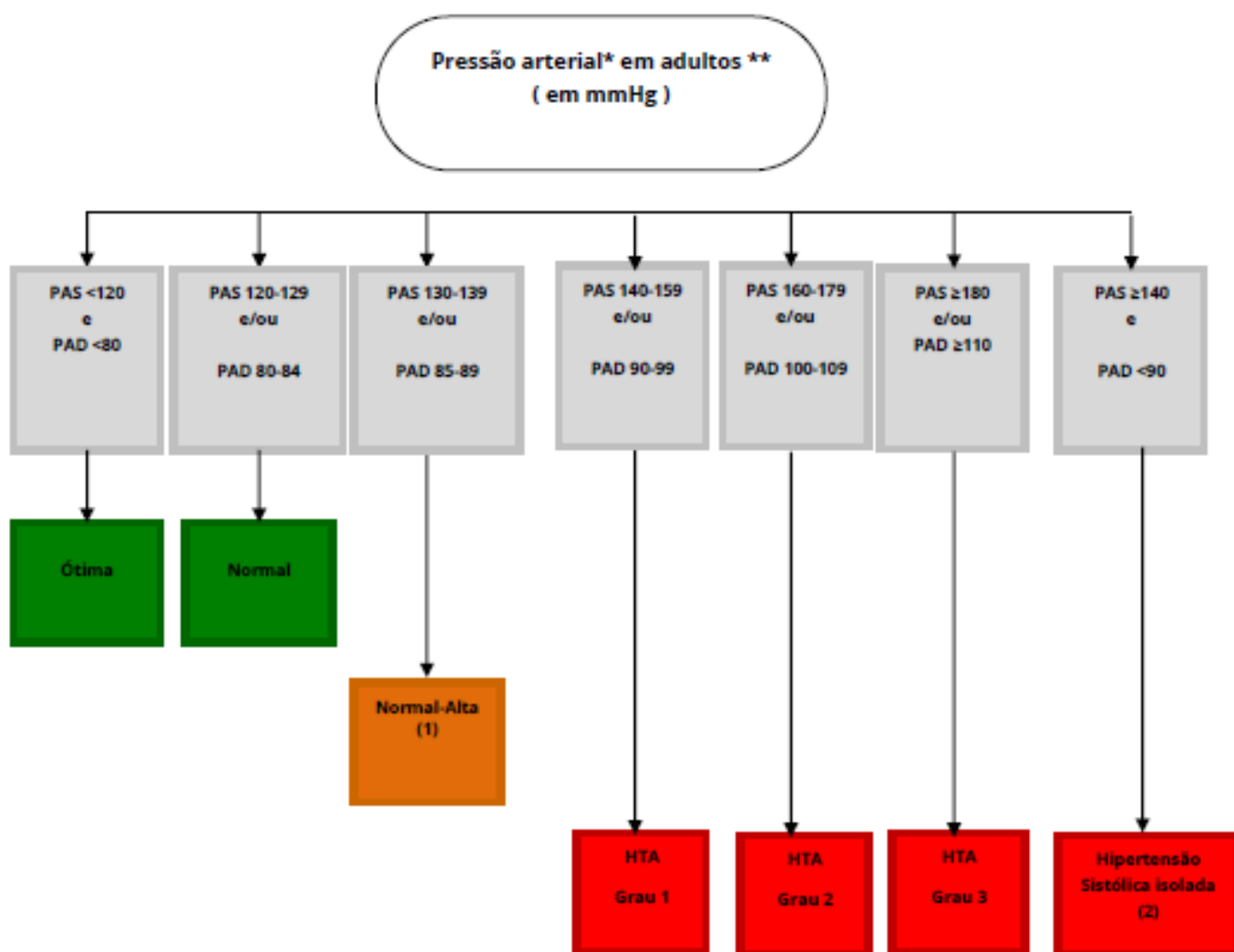


Figura 1 - Classificação da PA em adultos. Fonte: DGS (2014)

A HTA pode ser primária, essencial ou idiopática quando não se verifica causa específica para esta doença, ou secundária quando tem causa detetável. Em

aproximadamente 95% dos casos a HTA é primária; como causas da HTA secundária evidenciam-se as doenças renais, endócrinas e iatrogénicas, como por exemplo a toma da pílula.

Para a pessoa com hipertensão e com outro(s) fator(es) de risco (FR) associados recomenda ter-se em consideração a seguinte figura:

Outros FR, LO assintomática ou doença	Normal/alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Ausência de outros FR		Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco Baixo	Risco moderado	Risco moderado a alto	Risco Alto
\geq 3 FR	Risco baixo a moderado	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto
LO, Doença renal crónica estadio 3 ou diabetes	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto a muito alto
DCV sintomática, Doença renal crónica estadio \geq 4, diabetes com LO/FRs	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Figura 2 - Estratificação do Risco Absoluto em categorias de baixo, moderado, alto e muito alto. De acordo com a PAS e PAD e prevalência de fatores de risco (FR), lesões de órgão (LO) assintomática, diabetes, estadio de doença renal crónica (DRC) ou DCV sintomática.

Todos os doentes com HTA grau 3, assim como todos os doentes com grau 1 e 2 com risco cardiovascular (CV) alto ou muito alto, são candidatos a tratamento farmacológico precoce.

O tratamento da HTA tem como objetivo:

a curto prazo - o controlo dos valores tensionais;

a médio prazo - evitar a progressão da doença e respetivas repercussões;

a longo prazo - redução da morbilidade e mortalidade por causa cardiovascular (DGS, 2006).

Este, pode ser farmacológico e/ou não farmacológico. Farmacológico quando a HTA é controlada com base em medicação e não farmacológico quando é controlada através de medidas comportamentais da pessoa.

Sabe-se, porém, que metade das pessoas com HTA têm controlo inadequado (Crowley, Grubber, Olsen e Bosworth, 2012). Um dos temas bastante complexos e que tem sido alvo de crescente investimento e investigação é a adesão ao regime terapêutico, uma vez que é fator essencial para controlo de doenças crónicas.

Seguem-se as medidas comportamentais a adotar para controlo da HTA.

Consumo de sal

A maioria dos portugueses consome sal em demasia. Considera-se que num adulto, a quantidade de sal ingerida por dia deverá ser de 5g, mas na realidade anda por volta dos 9 a 12g. Aconselha-se a eliminação ou redução de sal quer na confeção dos alimentos, como à mesa como condimento adicional, bem como na não ingestão de alimentos ricos em sal.

Alterações dietéticas

A alimentação que se aconselha para o hipertenso é a que qualquer pessoa deveria ingerir. Recomenda-se a ingestão de alimentos com baixo teor de gordura – nomeadamente saturada, dieta rica em frutas, hortaliças, fibras e minerais (Reis, 2014).

Redução do peso corporal

O peso corporal tem uma relação direta com a HTA. A redução do peso deverá ser através de alterações dietéticas bem como da prática de exercício físico. Aconselha-se a um Índice de Massa Corporal (IMC) na ordem dos 25 e um perímetro de cintura menor que 102cm no homem e 88cm na mulher. Estima-se que uma redução de 5kg no peso corporal esteja associada a uma diminuição de 4,4mmHg na PA média sistólica e 3,6mmHg na PA média diastólica (Reis, 2014).

Consumo de álcool

O consumo em excesso de álcool está associado à HTA. Aconselha-se os hipertensos a ingerir 20 a 30g/dia (equivalente a dois copos de vinho de mesa) no

caso dos homens e 10 a 20g/dia (equivalente a um copo de vinho de mesa) no caso das mulheres (Reis, 2014).

Atividade física regular

A prática de atividade física regular, 5 a 7 vezes por semana, com duração de pelo menos 30 minutos, pode reduzir a PA em aproximadamente 10 a 15mmHg.

Devem ser opções de exercício a marcha, corrida, natação, dança excluindo exercícios que impliquem esforços como levantar pesos, pois podem por vezes aumentar excessivamente a PA (Reis, 2014).

Hábitos tabágicos

Fumar potencia os efeitos nefastos nas paredes das artérias acelerando a arteriosclerose. Admite-se que deixar de fumar é provavelmente a medida isolada que mais benefícios traz à pessoa. Esta alteração de hábito pode ter necessidade de ser acompanhada pela equipa multidisciplinar e com coadjuvantes de fármacos que reduzam a dependência da nicotina.

Início das alterações do estilo de vida e do tratamento anti hipertensor, consoante PAS ou PAD.

Outros FR, LO assintomática ou doença	Normal/alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Ausência de outros FR	Não intervir na PA	Alterações do estilo de vida durante vários meses. depois tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações do estilo de vida durante vários meses. depois tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA \leq 140/90
1 ou 2 FR	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações do estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações do estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA \leq 140/90
\geq 3 FR	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida durante várias semanas. depois tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA \leq 140/90
LO, Doença renal crónica estadio 3 ou diabetes	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA \leq 140/90
DCV sintomática, Doença renal crónica estadio \geq 4, diabetes com LO/FRs	Alterações no estilo de vida. Não intervir na PA	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico, objectivo PA \leq 140/90	Alterações no estilo de vida. Tratamento farmacológico imediato, objectivo PA \leq 140/90

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CE

Anamnese	<p>O Enfermeiro de Família (EF) procede à anamnese sobre a presença de fator(es) de risco vascular (atuais ou pregressos):</p> <ul style="list-style-type: none">a) doença vascular precoce, antes dos 55 anos no homem e dos 65 anos na mulher e nos familiares do primeiro grau (pais e irmãos);b) antecedente pessoal de HTA, diagnóstico prévio ou tratamento atual com fármacos anti- hipertensores;c) antecedente pessoal de DM, diagnóstico prévio ou tratamento atual com insulina e/ou antidiabéticos orais;d) antecedente pessoal de dislipidémia, diagnóstico prévio ou tratamento atual com hipolipidemiantes;e) antecedente pessoal de obesidade (diagnóstico prévio a partir do índice de massa corporal (IMC) e do perímetro da cintura (PC)).f) antecedente pessoal de doença renal crónica (DRC);g) presença de hábitos tabágicos;h) consumo excessivo de álcool. <p>E regista adequadamente em local próprio no programa MedicineOne.</p>
Quantificação de fator(es) de risco	<p>Registar corretamente no processo clínico, dentro da ficha individual e nos programas de vigilância (quando aplicável):</p> <ul style="list-style-type: none">a) PA: sistólica e diastólica (medição e classificação da PA nos termos da NORMA 020/2011) e frequência cardíaca;b) avaliação antropométrica, nos termos da ORIENTAÇÃO 17/2013: estatura, em cm; peso, em Kg; perímetro da cintura, em cm.c) hábitos tabágicos, através da introdução do número de cigarros por dia em “Hábitos” no programa MedicineOne (se necessário e motivação do utente encaminhar para consulta de cessação tabágica);d) deteção do consumo excessivo do álcool, nos termos da NORMA 030/2012, com registo desse consumo através do uso da ferramenta informática de cálculo das gramas de álcool por semana e registar em “Hábitos” no programa MedicineOne (se necessário encaminhar para MF para posterior encaminhamento).

Avaliação e estratificação do RCV	<p>Estratificação RCV pelo EF efetuada conforme Anexo 5 do PAI do Risco Vascular do Adulto e registar em (A) do SOAP, na data da consulta (ex: escrever “RCV muito alto”)</p> <p>Se pessoa hipertensa, deve ser cumulativamente calculado o RCV dentro do programa de hipertensão.</p>
Intervenção básica sobre o estilo de vida	<p>a) adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas);</p> <p>b) prática regular e continuada de exercício físico, 150 min/semana de atividade ligeira a moderada (ex. marcha) ou 60min/semana de atividade intensa (ex. jogging ou ciclismo);</p> <p>c) controlo e manutenção de peso normal, isto é, índice massa corporal igual ou superior a 18,5 mas inferior a 25 e perímetro da cintura inferior a 94 cm no homem e inferior a 80 cm na mulher;</p> <p>d) cessação do consumo de tabaco;</p> <p>e) restrição do consumo excessivo de álcool conforme metodologia plasmada na NORMA 030/2012;</p> <p>f) diminuição do consumo de sal, conforme estratégia da DGS para o consumo de sal.</p> <p>As intervenções dirigidas à modificação do estilo de vida devem ser registadas no processo clínico, de forma adequada.</p>
HTA: definição, diagnóstico, classificação, periodicidade de seguimento e complicações	<p>Explicar o que é a HTA e quais as possíveis complicações.</p> <p>O EF avalia a PA nos termos da NORMA 020/2011, registando-a no respetivo processo clínico, tendo em consideração as regras para medição correta da PA.</p> <p>O EF valoriza a informação cedida pela pessoa com HTA através dos seus registos ambulatoriais dos valores de PA, caso existam.</p> <p>O EF procede, conforme NORMA 020/2011, relativamente à periodicidade recomendada para a confirmação de HTA:</p> <p>a) se PA < 130 / 85 mmHg, reavaliação até dois anos;</p> <p>b) se PA 130-139 / 85-89 mmHg, reavaliação dentro de um ano;</p> <p>c) se PA 140-159 / 90-99 mmHg, confirmação dentro de dois meses;</p> <p>d) se PA 160-179 / 100-109 mmHg, confirmação dentro de um mês;</p>

	<p>e) se PA \geq 180 / 110 mmHg, avaliar e iniciar tratamento imediatamente, ou avaliar dentro de uma semana, de acordo com o quadro clínico.</p> <p>Na população já classificada como hipertensa, a periodicidade preconizada das consultas no plano de cuidados é:</p> <p>a) se HTA controlada, de 6 em 6 meses;</p> <p>b) se HTA não controlada, encaminhar para MF e segundo critério clínico.</p> <p>Um doente que esteja a receber tratamento farmacológico anti hipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais.</p>
--	---

MEDIÇÃO DE PA: Normas básicas para medição correta da PA

Ambiente	<p>Temperatura confortável (acima dos 20°C).</p> <p>Ambiente tranquilo e sem ruídos.</p>
Observador	Explicar sumariamente a técnica enquanto se prepara o material.
Pessoa	<p>Sentada.</p> <p>Relaxada e em repouso há, pelo menos, 5 minutos.</p> <p>Bexiga vazia</p> <p>Sem ter comido ou fumado recentemente (30 minutos anteriores),</p> <p>Braço sem roupa, relaxado e apoiado sobre uma superfície</p>
Aparelho	<p>Manómetro eletrónico validado e em bom estado.</p> <p>Tamanho da braçadeira adequado ao perímetro do braço.</p>

Notas práticas importantes:

- 1 – Na primeira consulta avaliar a PA nos dois membros superiores
- 2 – Nas consultas seguintes, medir no membro superior em que se obteve os valores tensionais mais elevados
- 3 – Calcular o valor médio das duas medições (ou mais se existem diferenças > a 5mmHg) efetuadas em cada consulta.
- 4 – Anotar a hora, os valores obtidos, membro superior, tamanho da braçadeira e circunstâncias especiais (ex: ansiedade, febre).


BIBLIOGRAFIA

- Crowley, M; Grubber, J.; Olsen, M e Bosworth, H (2012). Factors Associated with Non-Adherence to The Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Journal of General Internal Medicine* 28 (1): 99-106. Acedido em 17 de março de CINAHL Database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104415312&site=ehost-live>
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2011). Norma n.º 026/2011, atualizada a 19/03/2013 – *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto*. Lisboa: DGS.
- Reis, R. (2014). Medidas comportamentais para controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC 8. *Revista Factores de Risco*. Nº. 32: 9-13
- World Health Organization (2013). A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis. Switzerland: WHO. Disponível em: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

Apêndice XV – Material fornecido após sessões de EpS

Sessão de EpS - Cuide do seu coração: o que precisa saber sobre hipertensão arterial

Registo de tensão arterial



Data	Hora	Tensão arterial	Pulso

Cuide do seu coração!

Sessão de Eps - Cuide do seu coração: Sal e seus substitutos na alimentação

Foram oferecidos aos participantes um cartão plastificado em que de um lado tinha o decodificador de rótulos relativo aos alimentos e no outro relativo às bebidas

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		ALIMENTOS por 100g			
		GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO		mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO		entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO		3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		BEBIDAS por 100ml			
		GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO		mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO		entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO		1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt